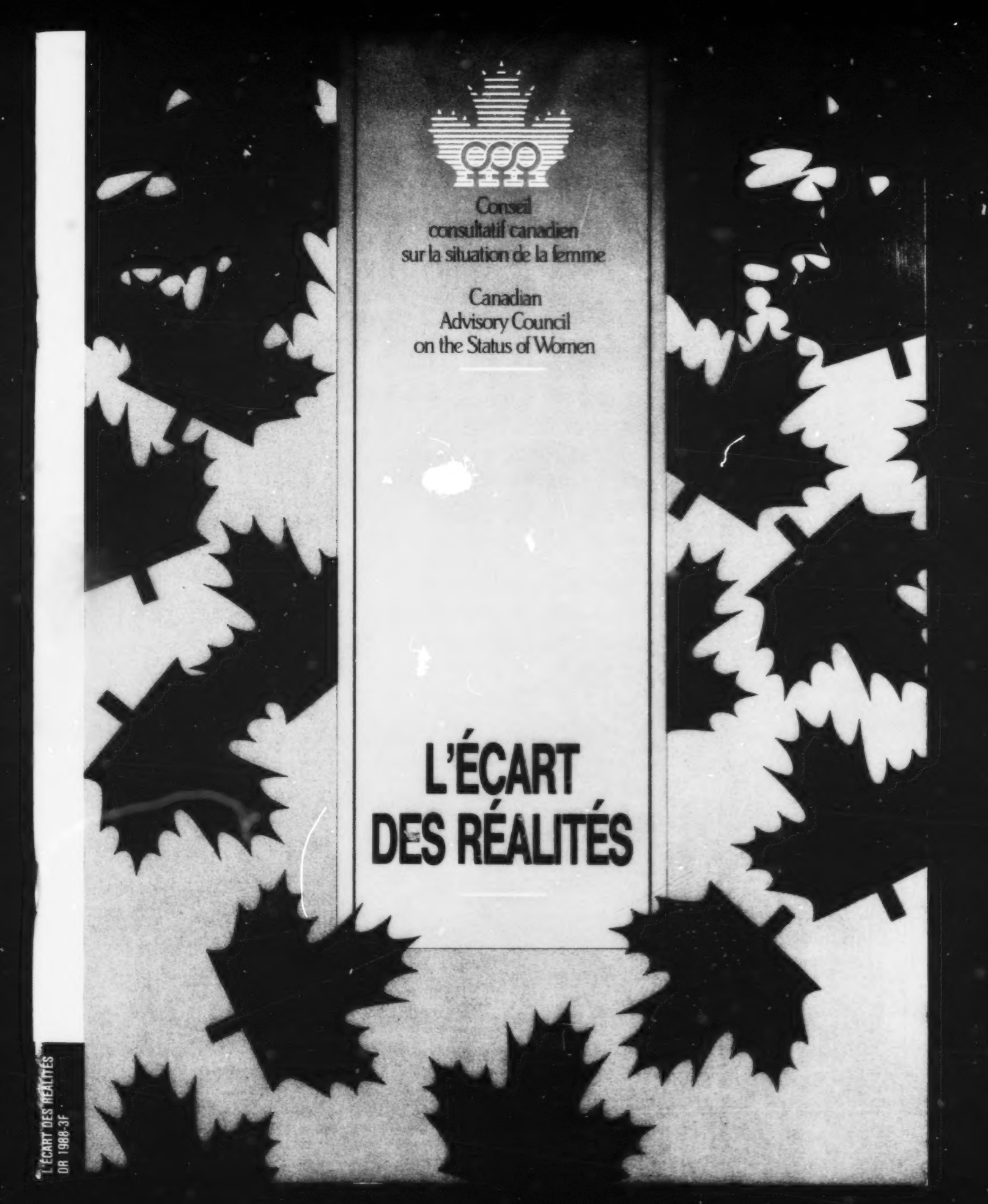

Conseil
consultatif canadien
sur la situation de la femme

Canadian
Advisory Council
on the Status of Women

L'ÉCART DES RÉALITÉS

L'ÉCART DES RÉALITÉS
OR 1988-3F

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

L'ÉCART DES RÉALITÉS : COMBLER L'ÉCART ENTRE LES BESOINS DES FEMMES ET LES PROGRAMMES ET SERVICES OFFERTS

par Sherri Torjman

Avril 1988

Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme

89-05594/

Préparé pour le
Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme
C.P. 1541, Succursale B
Ottawa (Ontario) K1P 5R5

Les documents de référence sont destinés à renseigner les membres du Conseil, le grand public et les parlementaires sur les dossiers étudiés au Conseil. Ils proposent une première analyse du sujet et visent à susciter le débat public.

L'information contenue dans le présent document n'engage que l'auteure et ne reflète pas nécessairement le point de vue du Conseil.

Traduit de l'anglais.
This publication is also available in English under the title *The Reality Gap : Closing the Gap Between Women's Needs and Available Programs and Services.*

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ i

LE PROBLÈME 1

Notre réalité 1
Nos besoins 3
L'écart des réalités 4

QUELQUES CAUSES DU PROBLÈME 4

Le principe du dernier recours 4
L'approche de « marché mixte » 5
La domination masculine des programmes et mesures 7

QUELQUES EXEMPLES ILLUSTRANT LE PROBLÈME 9

Écarts de programme 9
Sécurité du revenu 9
Garde des enfants 14
Services d'aide à l'autonomie 16
Écarts de programme : résumé 18
Écarts d'exécution 19
La fragmentation 19
Le manque de coordination 21
La focalisation sur les victimes 24
Les « fissures » dans le système 26
Le caractère inadéquat des services 28
Le manque de contrôle sur les services offerts 30
Écarts d'exécution : résumé 32
Doubles écarts 33
Femmes rurales 33
Femmes autochtones 34
Immigrantes 37
Femmes des minorités visibles 39
Femmes handicapées 41
Adolescentes 43
Doubles écarts : résumé 44

S'ATTAQUER AU PROBLÈME 44

Combler l'écart 44
Exprimer les besoins 45
Contester les mesures existantes 47
Réformer les institutions 49
Participer davantage au processus décisionnel 54

SUPPRIMER L'ÉCART? 56

NOTES 57

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE 61

RÉSUMÉ

Le présent document de référence traite de l'« écart des réalités », c'est-à-dire la différence entre, d'une part, les besoins des femmes dans leur vie quotidienne et, d'autre part, les programmes et services sociaux mis sur pied pour répondre à ces besoins.

Le document décrit quelques-unes des principales raisons qui expliquent l'écart des réalités. D'abord, les services étant offerts sous divers auspices, il existe dans l'ensemble du pays des problèmes de coordination et des inégalités en ce qui a trait à leur accessibilité et à leur qualité.

Ensuite, ces services ont toujours évolué selon le principe du « dernier recours ». Les services actuels ont en effet, pour la plupart, été conçus en fonction d'une intervention « après coup », en cas de situation d'urgence. Rares sont les organismes communautaires qui offrent, par exemple, un service de garde d'enfants aux femmes en quête d'un répit, des soins de santé préventifs ou de l'assistance aux femmes qui ont besoin de se soustraire à des situations susceptibles de mener à la violence.

Enfin, en troisième lieu, la domination masculine dans le domaine de la politique sociale et des mécanismes publics de prise de décision a contribué à cet écart des réalités. Comme l'expérience des hommes diffère de la réalité vécue par les femmes, leurs priorités sont souvent mal adaptées aux besoins de ces dernières. Les hommes occupent également une place dominante dans les secteurs de la santé et de la santé mentale. Cette réalité a influé énormément sur le type de services offerts dans ces domaines.

Ensemble, ces raisons ont engendré trois grands types d'écarts : les écarts de programme, les écarts d'exécution et les doubles écarts, ou écarts à l'endroit de groupes particuliers de femmes. Le présent document de référence donne des exemples pour chacun d'eux.

Nous traiterons des vastes écarts de programme qui existent dans trois grands domaines : la sécurité du revenu, la garde d'enfants et les services de vie autonome. Nous décrirons six types d'écarts d'exécution : la fragmentation, le manque de coordination, la focalisation sur les victimes, les « fissures » dans le système, le caractère inadéquat des services et l'absence de contrôle sur les services offerts. La section portant sur les doubles écarts traite des besoins des principaux groupes de femmes : les femmes rurales, les femmes autochtones, les immigrantes, les femmes appartenant aux minorités visibles, les femmes handicapées et les adolescentes.

Dans tous les cas, les exemples fournis ne servent qu'à illustrer le problème et ne visent nullement à le décrire de façon exhaustive.

Dans le chapitre intitulé « Combler l'écart », on propose quatre grandes solutions susceptibles d'aider à supprimer l'écart des réalités : exprimer les besoins, contester les mesures inadéquates, réformer les institutions et participer davantage au processus décisionnel.

Le document conclut qu'il n'est peut-être pas possible de supprimer l'écart des réalités; il y aura sans doute toujours un décalage entre l'existence de certains besoins et l'accessibilité à des services appropriés. Cependant, les associations et groupements féminins peuvent jouer un rôle essentiel pour combler l'écart de sorte que les programmes et services soient plus conformes aux besoins de la réalité quotidienne.

LE PROBLÈME

Notre réalité

Dans leur vie quotidienne, la plupart des femmes vivent l'« écart des réalités », c'est-à-dire la différence entre, d'une part, leurs besoins et, d'autre part, les programmes et services mis sur pied pour répondre à ces besoins.

Les femmes ont une réalité commune. Malgré nos différences, nos besoins particuliers et nos préférences personnelles, un point important nous relie : c'est encore nous qui dispensons les soins dans les familles, les collectivités et la société.

Au cours des dix dernières années, les femmes ont réalisé des progrès énormes au sein de diverses disciplines et professions. Ces progrès sont particulièrement remarquables en ce qui concerne la main-d'oeuvre rémunérée. Toutefois, il suffit de faire le bilan pour constater qu'elles sont restées à peu près au même point dans un domaine important : la société s'attend toujours à ce que ce soit surtout les femmes qui s'occupent de dispenser les soins[1]. Les femmes continuent de dominer dans les domaines du service social, de la garde d'enfants et des soins infirmiers.

Malgré tous les autres rôles et fonctions qu'elles ont assumés ces dernières années, les femmes passent encore la majeure partie de leur temps à soigner et à élever les enfants. Dans la plupart des familles, ce sont les filles et les soeurs qui s'occupent des parents malades et âgés.

Il n'y a rien de mal à ce que les femmes contribuent aux soins de la famille. Pourtant, l'attente traditionnelle et apparemment indélogeable voulant que la femme continue d'assumer toutes les responsabilités à cet égard a eu des répercussions psychologiques, économiques et sociales graves. À cause de ce rôle qu'on nous a imposé, nous sommes soumises à des pressions particulières : effort physique du travail ménager, épuisement psychologique et sentiment de

solitude face à l'éducation des enfants, tâches et exigences qui n'en finissent pas de surgir.

Notre rôle de dispensatrice de soins n'est pas que source de stress physique et psychologique. Socialement parlant, il nous a empêchées d'accéder, en tant que groupe, à l'égalité économique. Nous ne devenons visibles comme travailleuses que lorsque nous exécutons un « vrai » travail, c'est-à-dire contre rémunération à l'extérieur du foyer, et cela en dépit des longues heures passées à prendre soin des autres à la maison.

Depuis quelques années, les femmes sont de plus en plus présentes sur le marché du travail. En 1986, 56 % des femmes ayant des enfants de moins de trois ans faisaient partie de la population dite active, comparativement à 32 % en 1976. Le taux de participation des femmes ayant des enfants de trois à cinq ans est passé de 41 % à 62 % au cours de la même période. Dans le cas des femmes ayant des enfants âgés de six à quinze ans, le taux a aussi augmenté sensiblement : de 50 % à 68 % entre 1976 et 1986[2].

Même sur le marché du travail, nos efforts sont insuffisamment rémunérés. On refuse encore de reconnaître nos mérites comme soutiens de famille; nos salaires sont vus comme des revenus d'appoint par rapport à ceux d'un soutien principal.

Il existe une énorme différence entre les salaires des hommes et ceux des femmes. En 1986, l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données, le revenu moyen d'une travailleuse à temps plein était de 19 874 $[3], ce qui représente 65,9 % de celui d'un travailleur à temps plein (30 131 $) cette année-là[4].

Notre réalité est donc la suivante : stress physique et psychologique différent de celui des hommes, rôle économique secondaire et refoulement constant de nos besoins propres. Pour changer cette réalité, il n'est pas nécessaire de sacrifier notre rôle d'éducatrice et de dispensatrice de soins, ni celui d'être responsable des autres. Nous devons, en revanche, dans les limites de ces fonctions, avoir un meilleur contrôle sur notre propre vie. Nous devons d'abord

rendre la société conforme à nos besoins plutôt que de continuellement modeler, façonner et adapter ceux-ci aux exigences de la société.

Nos besoins

Nous avons toutes des besoins essentiels, notamment au chapitre de la sécurité et du bien-être matériels : sécurité du revenu, logement adéquat, soins de santé, protection contre la violence physique, etc. Nous avons aussi des besoins psychologiques : épanouissement moral et reconnaissance à notre juste valeur[5].

Nous cherchons constamment à satisfaire ces besoins et nous y parvenons surtout grâce à nos propres moyens et ressources. Dans une large mesure, cependant, nos besoins physiques et psychologiques demeurent insatisfaits. Notre revenu est inférieur à celui des hommes et moins stable. Dans la plupart des cas, les soins dispensés par les femmes restent impayés et peu reconnus ou appréciés, d'où une grande dévalorisation d'une partie importante de leur vie. Une femme sur dix est victime de violence[6] et, pourtant, notre besoin de sécurité physique demeure insatisfait.

Pour satisfaire nos besoins, nous devons pour la plupart, à un moment de notre vie, trouver un complément à nos ressources personnelles. Désireuses d'obtenir de l'aide ou du soutien, nous nous tournons souvent vers des programmes et services sociaux. En fait, les services et programmes mis sur pied découlent de besoins reconnus dans des domaines tels que la sécurité du revenu, l'emploi, la formation et l'enseignement, le logement, la santé physique et mentale, la protection contre la violence conjugale, la garde d'enfants, la consultation matrimoniale et l'aide aux familles, l'aide à l'autonomie.

L'écart des réalités

C'est lorsque nous devons recourir à ces programmes et services que nous constatons l'« écart des réalités ». Il manque quelque chose. Il existe un vide ou un écart entre nos besoins réels et les programmes et services destinés à y répondre.

QUELQUES CAUSES DU PROBLÈME

Plusieurs facteurs ont contribué à créer et à maintenir l'écart, notamment le modèle du « dernier recours » qui a façonné l'évolution des programmes et services sociaux, l'approche dite « de marché mixte » qui régit la création et la prestation de services d'aide sociale, et la domination traditionnelle par les hommes de certains secteurs et de certaines tribunes où se prennent les décisions clés en matière de politique sociale.

Le principe du dernier recours

Le premier grand facteur qui explique la présence des écarts est que l'évolution historique de l'aide sociale est fondée sur le principe du dernier recours[7]. C'est-à-dire qu'on s'attend à ce que les gens pourvoient à leurs besoins par leurs propres moyens ou avec l'aide de leur famille ou du secteur privé. Quant aux programmes et services d'aide sociale, ils entrent en jeu uniquement lorsque les individus sont incapables de satisfaire eux-mêmes leurs besoins. Ces individus deviennent alors des « personnes nécessiteuses » ou des « personnes nécessiteuses en puissance ».

Ce modèle d'aide sociale contraste avec le modèle institutionnel. Ce dernier considère les risques pour la santé et le bien-être comme l'un des coûts inévitables de la croissance économique et du progrès de la société moderne, et soutient que le particulier ne devrait pas avoir à assumer seul ces risques[8]. Selon ce modèle institutionnel, il incombe à la société de promouvoir

l'« intérêt public », de prévoir et de minimiser les risques et les dangers possibles.

Il importe de souligner que même si le Canada a opté pour un mode institutionnel de financement de ses services de soins de santé, la prestation de ces services est avant tout axée sur le dernier recours. Cette orientation qui prévaut dans le domaine de l'aide sociale a fait que les services ont été mis sur pied de façon fragmentée plutôt que selon un plan global soigneusement conçu.

L'approche de « marché mixte »

La responsabilité partagée implique que de nombreux intervenants s'occupent des programmes et services sociaux et de santé. Les organismes publics, privés ou bénévoles ont tous un rôle à jouer. Par exemple, dans le secteur public, les administrations fédérale, provinciales, régionales et municipales interviennent à divers degrés dans le domaine de l'aide sociale.

La diversité des organismes en cause est une réalité qui découle du principe du dernier recours. Cette diversité est également inhérente à notre héritage historique. Dans les années 1700, les paroisses (surtout en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick) jouaient déjà un rôle important en fournissant de l'argent et des objets de première nécessité aux personnes dans le besoin[9]. Ces paroisses assumaient alors le rôle des administrations municipales qui aujourd'hui, dans plusieurs provinces, continuent d'administrer divers programmes et services sociaux, notamment l'aide au revenu, la formation de la main-d'oeuvre et les subventions pour la garde d'enfants.

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique (maintenant la *Loi constitutionnelle de 1867*) a beaucoup influé sur l'évolution de l'aide sociale au pays. Bien qu'il n'ait pas expressément attribué aux gouvernements fédéral ou provinciaux la responsabilité de l'aide sociale, cette responsabilité, au fil du temps, est revenue aux provinces car l'Acte précise que les questions et institutions de charité sont de compétence provinciale.

La Première Guerre mondiale a amené le gouvernement fédéral à jouer un rôle plus important en matière d'aide sociale, particulièrement à l'endroit des familles des anciens combattants et en ce qui concerne les services essentiels de santé publique. Cependant, les municipalités ont continué d'assumer en grande partie la responsabilité de l'aide sociale jusqu'au moment de la Dépression des années trente.

Aujourd'hui, ce sont principalement les provinces qui fournissent les services sociaux et de santé, mais le gouvernement fédéral joue encore un rôle important de par les contributions financières qu'il verse sous forme d'aide directe aux particuliers (sécurité de la vieillesse, allocations familiales) ou de programmes à frais partagés avec les provinces en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (services de bien-être social) et de la *Loi sur le financement des programmes établis* (services de santé et enseignement postsecondaire).

Bien que le rôle des administrations publiques dans les domaines des services sociaux et de santé se soit considérablement accru depuis le début du siècle, le secteur du bénévolat a pris en charge de nombreux types de programmes et de services. Ce secteur comprend les organismes religieux, les associations sans but lucratif et les clubs philanthropiques. L'histoire nous révèle que le bénévolat est né pour combler certains besoins auxquels l'État ne répondait pas de façon adéquate.

Quand on parle de services privés, on fait allusion aux organismes sans but lucratif (par exemple, les garderies paroissiales) et aux sociétés privées, qui occupent une place de plus en plus importante et qui, moyennant rétribution, offrent des services dans divers domaines (par exemple, soins infirmiers, administration hospitalière, garde d'enfants et désintoxication).

La responsabilité partagée a donc engendré une approche de « marché mixte » dans le secteur des services sociaux et de santé, et de nombreux écarts dans les programmes et services sont imputables à cette approche. Des exemples précis de ces écarts font l'objet d'une analyse plus détaillée dans les pages qui suivent.

La domination masculine des programmes et mesures

Un autre facteur important est responsable des écarts qu'on trouve dans les services offerts. Il s'agit de la domination masculine des secteurs clés et des processus qui régissent l'adoption des décisions essentielles en matière de politique et d'affectation des fonds.

Sur le plan des programmes, les hommes ont traditionnellement eu la mainmise sur le domaine de la santé physique et mentale. Parmi les professionnels de la santé mentale, par exemple, les hommes ont toujours été majoritaires et c'est encore le cas, même si les femmes constituent la majeure partie de leur clientèle[10]. La formation psychiatrique, considérée comme la plus « puissante » des professions relevant de la médecine mentale, est très conservatrice. On met essentiellement l'accent sur la pathologie intrapsychique plutôt que sur les effets que les conditions socio-économiques pourraient avoir sur le bien-être psychologique. Les femmes surtout vivent des situations particulièrement stressantes : « insécurité » du revenu, menaces d'agression et harcèlement sexuel, absence de répit dans les soins à donner, manque de reconnaissance de leur travail et de leur valeur, etc. Pourtant, ces facteurs ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent.

L'homme a toujours été roi et maître du processus public de décision. Bien que de plus en plus de femmes se lancent dans les arènes de la politique et de l'administration, il reste encore beaucoup de chemin à faire pour combler le « fossé des sexes ». En octobre 1987, par exemple, 29 seulement des 282 députés fédéraux élus étaient des femmes. Cela signifie que 10 % seulement des députés à la Chambre des communes sont des femmes, pourcentage qui est, de toute évidence, disproportionné par rapport à la répartition démographique dans notre pays.

Cette disproportion est un des principaux facteurs qui expliquent pourquoi certains services, comme les refuges pour femmes battues, sont de façon chronique en mal de financement. Dans certains cas, les hommes ne considèrent pas de tels services comme vraiment nécessaires ou importants.

Les élues peuvent apporter aux mécanismes décisionnels leur expérience de femme et leur capacité de voir les femmes avec des yeux de consommatrices éventuelles ou réelles de services sociaux. Par exemple, étant elles-mêmes sur le marché du travail, elles sont susceptibles d'avoir éprouvé de la difficulté à obtenir, à prix abordable, des services de garde d'enfants fiables et de qualité.

Elles sont en mesure de comprendre les angoisses qui guettent les femmes au travail. Travaillant elles-mêmes à l'extérieur tout en ayant peut-être à s'occuper de leurs propres enfants, il se peut qu'elles aient aussi à prendre soin de parents malades ou âgés. Peut-être même sont-elles victimes de violence familiale.

Bref, ces femmes peuvent avoir personnellement expérimenté de nombreux écarts des réalités. Par conséquent, les femmes apportent au domaine public un point de vue important, de nature à influer sur le programme du gouvernement de même que sur les décisions en matière de priorités et de financement. La réalité d'aujourd'hui est qu'on ne parvient pas à faire inscrire au programme du gouvernement bon nombre de questions primordiales pour les femmes.

En résumé, le principe du dernier recours, l'approche de marché mixte et la domination masculine dans le domaine des programmes et mesures ont ensemble exercé une influence sur les programmes et services sociaux et de santé qui sont offerts aujourd'hui. Bien qu'ils ne soient pas les seuls facteurs en cause, ils comptent pour beaucoup dans l'explication des nombreux écarts actuels.

Trois grands types d'écarts sont analysés dans le présent document : les écarts de programme, les écarts d'exécution et les doubles écarts à l'endroit d'une clientèle en particulier. Ils sont chacun décrits plus en détail dans les pages qui suivent. Il convient de noter qu'il a été impossible, dans le présent document de référence, d'aborder tous les domaines où il existe des écarts. Les exemples fournis servent à illustrer le problème plutôt qu'à le traiter de façon exhaustive; toutes les femmes qui liront ce document ont sans doute des expé-

riences à raconter quant aux écarts qu'elles ont personnellement vécus. Malheureusement, ce ne sont pas les exemples qui manquent.

QUELQUES EXEMPLES ILLUSTRANT LE PROBLÈME

Écarts de programme

■ Sécurité du revenu

Les femmes vivent dans un état chronique d'« insécurité » sur le plan du revenu et sont plus susceptibles que les hommes d'être pauvres. Le Conseil national du bien-être social rapporte que plus de la moitié (56,7 %) des Canadiens à faible revenu sont des femmes. En 1985, 60,4 % des familles monoparentales dirigées par des femmes étaient pauvres, soit six sur dix[11].

Plusieurs facteurs expliquent cette pauvreté, notamment les différences salariales considérables dont il a été fait état plus haut, l'application inadéquate des ordonnances de pension alimentaire et les écarts dans les programmes de sécurité du revenu. Sont examinés ci-après deux de ces programmes : le Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) et l'assistance sociale.

■ *Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec*

Il existe deux grands régimes publics de pensions à l'intention des Canadiens âgés. Tous les Canadiens de plus de 65 ans qui satisfont aux exigences de résidence ont droit à la pension de vieillesse. Depuis juillet 1987, la prestation mensuelle s'élève à 303,64 $. Les bénéficiaires nécessiteux ont droit au supplément de revenu garanti, en sus du montant de base. Ce supplément peut atteindre 360,87 $ par mois pour une personne seule et 235,03 $ par mois pour chaque conjoint dans le cas d'un couple marié. Ainsi, une personne mariée qui touche le supplément maximum reçoit au total 538,67 $ (303,64 $ plus 235,03 $) et une personne seule 664,51 $ (303,64 $ plus 360,87 $).

L'autre source de revenu d'appoint pour les Canadiens âgés est le Régime de pensions du Canada, qui verse des prestations aux particuliers ayant fait partie de la main-d'oeuvre active. Le Régime de rentes du Québec offre des avantages analogues au Québec.

Les cotisations versées au RPC/RRQ par les travailleurs équivalent à 1,9 % de leurs gains dépassant le montant minimal (2 500 $ par année actuellement) jusqu'à concurrence du montant maximal (25 900 $ par année actuellement). Les employeurs contribuent une part égale. Les Canadiens qui travaillent à leur compte contribuent au RPC/RRQ la part de l'employeur et celle de l'employé, ou 3,8 % de leurs revenus. Bien que le RPC/RRQ verse aussi des prestations aux conjoints des cotisants décédés, des prestations d'invalidité, des prestations forfaitaires de décès et des prestations d'orphelin, nous ne nous intéresserons, dans la présente analyse, qu'aux prestations de retraite.

Il existe certains écarts dans le RPC/RRQ qui ont des conséquences particulièrement graves pour les femmes. D'abord, beaucoup de femmes en sont exclues. Leur travail non rémunéré de ménagère ne leur procure aucun revenu, d'où l'impossibilité de verser des cotisations. Par ailleurs, les travailleuses à temps partiel dont le total des gains est inférieur à l'exemption minimale prévue sont également exclues.

Quant aux femmes qui ont vraiment le droit de cotiser au RPC/RRQ, elles touchent des prestations inférieures à celles des hommes puisque le montant de celles-ci est fondé sur le salaire et les années de travail rémunéré. C'est là un deuxième écart important. Comparativement aux hommes, les femmes ont reçu un salaire moindre et ont accumulé moins d'années de travail rémunéré ininterrompu. En décembre 1986, la moyenne mensuelle des prestations de retraite versées aux femmes s'établissait à 189,10 $ comparativement à 293,90 $ pour les hommes[12].

Au cours du même mois, près de 32 % des femmes touchaient du RPC/RRQ une pension de retraite inférieure à 100 $, comparativement à seulement 11 % chez les hommes. D'autre part, 10 % seulement des femmes bénéficiaires recevaient des prestations variant entre 350 $ et 399 $ au cours du même mois, contre 28 % pour les hommes[13].

■ *Assistance sociale*

Le régime d'aide sociale comporte de graves lacunes. C'est un programme de revenu « de dernier recours ». Les bénéficiaires doivent survivre avec des prestations bien en dessous du seuil de pauvreté. Les familles monoparentales, dont la grande majorité sont dirigées par des femmes, représentent près de 27 % des cas d'assistance sociale au Canada[14].

En 1986, le revenu estimatif des bénéficiaires de l'assistance sociale se situait entre 59 % et 84 % du seuil de pauvreté[15] (voir le tableau 1). Les chiffres du tableau doivent être utilisés avec prudence, étant donné qu'il s'agit à la fois de maximums et de minimums : maximums parce qu'ils représentent les montants maximaux que les provinces versent pour les besoins essentiels (nourriture, vêtements, logement, services d'utilité publique et allocations personnelles) d'une famille monoparentale ayant un enfant; minimums parce qu'ils excluent toutes les allocations destinées à répondre à des besoins spéciaux (par exemple, les dépenses reliées au travail ou à la santé) auxquelles ces familles peuvent avoir droit. Étant discrétionnaires, ces allocations sont accordées au gré de chaque fonctionnaire de l'aide sociale. Les montants indiqués dans le tableau ne tiennent pas compte non plus des prestations « en nature », telles que les logements sociaux ou les subventions pour la garde d'enfants, dont les familles monoparentales peuvent bénéficier.

Les taux indiqués dans le tableau 1 ont été calculés en tenant pour acquis que les bénéficiaires n'ont aucune autre source de revenu que les prestations pour enfants versées par le fédéral et les crédits d'impôt accordés dans certaines provinces. Les allocations de logement incluses dans ces taux supposent que les bénéficiaires sont locataires et non propriétaires ni pensionnaires.

TABLEAU 1. REVENU D'ASSISTANCE SOCIALE ESTIMATIF PAR PROVINCE, FAMILLE MONOPARENTALE AYANT UN ENFANT ÂGÉ DE DEUX ANS

	Assistance sociale	Prestations supplémentaires	Allocation familiale	Crédit d'impôt pour enfant	Crédits d'impôt provinciaux	Revenu total annuel	Seuil de pauvreté	Écart de pauvreté	Revenu total d'assistance sociale exprimé en % du seuil de pauvreté
Terre-Neuve	8 496	--	379	684	--	9 559	13 340	-3 781	71,7
Île-du-Prince-Édouard	8 676	--	379	684	--	9 739	11 548	-1 809	84,3
Nouvelle-Écosse	8 011	--	379	684	--	9 074	13 340	-4 266	68,0
Nouveau-Brunswick	6 848	--	379	684	--	7 911	13 340	-5 429	59,3
Québec	7 428	300[a]	341[b]	684	348[c]	9 101	14 055	-4 954	64,8
Ontario	8 756	80[d]	379	684	350[e]	10 249	14 055	-3 806	72,9
Manitoba	7 111	--	379	684	751[f]	8 925	14 055	-5 130	63,5
Saskatchewan	8 741[g]	--	379	684	--	9 804	13 340	-3 536	73,5
Alberta	8 418	--	300[h]	684	458[i]	9 860	14 055	-4 195	70,2
Colombie-Britannique	7 728	70[j]	379	684	--	8 861	14 055	-5 194	63,0
Yukon[k]	9 192	48	379	684	--	10 303			
Territoires du Nord-Ouest[l]									

Source: D'après Conseil national du bien-être social, **Le bien-être social au Canada : Un filet de sécurité troué** (Ottawa : novembre 1987), pp. 69-76.

Nota : a. L'allocation de disponibilité du Québec. Les familles ayant des enfants de moins de six ans ont droit à la déduction pour frais de garde d'enfant ou à l'allocation de disponibilité de 300 $ pour le premier enfant, de 200 $ pour le deuxième enfant et de 100 $ pour le troisième enfant et les enfants subséquents.

b. Le Québec a ses propres taux d'allocation familiale.

c. Il s'agit du crédit d'impôt foncier du Québec.

d. Ce montant représente l'allocation de vêtements d'hiver versée aux familles ayant des enfants.

e. Total obtenu en additionnant le crédit pour la taxe de vente et le crédit de l'impôt foncier.

f. Total obtenu en additionnant le crédit d'impôt foncier et le crédit d'impôt pour le coût de la vie.

g. La Saskatchewan est la seule province à déduire l'allocation familiale du revenu d'assistance sociale.

h. L'Alberta a ses propres taux d'allocation familiale.

i. Il s'agit du crédit d'impôt aux locataires.

j. La Colombie-Britannique verse une allocation de Noël.

k. Les chiffres comparatifs pour le Yukon en ce qui concerne le seuil de pauvreté ne sont pas inclus, car les seuils de faible revenu de Statistique Canada ne tiennent pas compte des frais de subsistance de base élevés au nord du 60^{e} parallèle.

l. Les taux des Territoires du Nord-Ouest ne sont pas inclus, car il a été impossible d'obtenir des coûts moyens estimatifs pour le logement à Yellowknife.

Dans le cadre d'une enquête réalisée récemment en Alberta, on a recueilli des témoignages de bébéficiaires qui décrivent en termes pittoresques les réalités de la vie d'assisté social, qu'ils comparent à un voyage en avion dépourvu de tout service à bord[16]. Ils dénoncent plusieurs écarts frappants dans ce programme de soutien du revenu. Cinquante-trois pour cent des personnes interrogées ont répondu que le logement et les services d'utilité publique absorbaient plus que le maximum alloué. Seulement 50 % des répondants ont dit avoir reçu de l'argent pour payer les fournitures scolaires, dépense qui est pourtant censée être incluse dans l'allocation scolaire qu'ils touchent au début de la session scolaire.

Soixante pour cent ont indiqué que l'habillement de leurs enfants laissait à désirer. Les budgets serrés des assistés sociaux ne leur permettent pas d'acheter de bons vêtements d'hiver.

Soixante-dix pour cent des bénéficiaires qui avaient des enfants et qui étaient en quête d'un emploi ont déclaré ne pas recevoir d'argent pour la garde de leurs enfants. Cinquante-cinq pour cent seulement des répondants touchaient une allocation pour le transport, même si, normalement, les personnes à la recherche d'un emploi ou inscrites à un programme de formation y ont droit. Quarante-neuf pour cent des bénéficiaires interviewés avaient demandé un supplément pour l'achat de vêtements de travail; seulement la moitié d'entre eux l'avait obtenu. De telles dépenses sont pourtant autorisées par le service d'assistance sociale.

Cette enquête a été menée en Alberta, mais tous les systèmes d'assistance sociale du pays sont émaillés d'écarts et de lacunes analogues[17]. C'est une situation inquiétante, l'assistance sociale étant le principal soutien financier de quelque deux millions de Canadiens[18].

Il est parfois difficile pour les bénéficiaires de renoncer à l'assistance sociale, car beaucoup de règles et de pratiques ont elles-mêmes un effet de découragement sur les personnes aptes au travail. Souvent, les bénéficiaires qui sont à la recherche d'un emploi ne touchent aucune prestation.

Les bénéficiaires en quête d'un emploi sont souvent découragés par les taux de récupération fiscale élevés qui s'appliquent à leurs gains, c'est-à-dire le montant que les provinces prélèvent sur les chèques d'assistance sociale des bénéficiaires qui travaillent. Après avoir payé les frais de garde d'enfants, de transport et d'habillement ainsi que les autres dépenses liées au travail, les assistés sociaux ne sont souvent guère plus avancés que s'ils avaient simplement continué de toucher leur chèque d'assistance sociale.

■ Garde des enfants

Qu'elles travaillent à la maison ou à l'extérieur, les femmes ont besoin de services de garde d'enfants autant pour leur sécurité économique que pour leur bien-être psychologique. Pourtant, il existe des écarts considérables entre ces besoins et les services mis en place pour y répondre. Le nombre croissant de femmes sur le marché du travail n'a pas donné lieu à une croissance proportionnelle des services. Malgré la multiplication des garderies agréées au Canada, le nombre de places demeure insuffisant pour répondre à la demande. En 1986, 202 498 enfants de moins de 18 mois étaient susceptibles de nécessiter des services de garde autre que celle des parents. Or, il n'existait pour ce groupe d'âge que 13 969 places dans les garderies agréées. En d'autres mots, sept pour cent seulement de ces enfants étaient gardés dans des garderies agréées[19].

En 1986, 198 000 enfants âgés de 18 à 35 mois étaient susceptibles de nécessiter des services de garde non parentale sous une forme ou une autre. On ne disposait cependant que de 27 605 places dans les garderies agréées du pays pour les enfants de ce groupe d'âge. C'est dire qu'on répondait, en fait, aux besoins de seulement 14 % d'entre eux[20].

Au total, 397 311 enfants âgés de trois à cinq ans auraient pu avoir besoin de services agréés de garde en 1986. Or, seulement 34 % d'entre eux, ou 134 826, pouvaient bénéficier de tels services[21].

Ces chiffres indiquent qu'il y a une grave pénurie de places dans les garderies agréées. Outre le problème de l'offre, il existe des écarts dans les services offerts. Par exemple, ces services ont surtout été conçus en fonction de l'horaire des femmes qui travaillent à temps plein, de « neuf à cinq ». La plupart ne se préoccupent pas des besoins de celles qui travaillent à temps partiel ou à des heures irrégulières. De même, peu de garderies agréées offrent un service occasionnel qui permettrait aux femmes de se soustraire momentanément aux exigences constantes du travail au foyer et à l'extérieur.

Du point de vue des services actuels, ces écarts s'expliquent. Les garderies sont soumises à d'importantes pressions financières. Elles ont la difficile tâche d'offrir des services de qualité avec des budgets minimes et la plupart ne font pas leurs frais. Ce sont les employés qui subventionnent les services en travaillant au salaire minimum, soit en majorité des femmes dont le travail est grandement sous-évalué; elles sont mal rémunérées parce qu'elles exécutent un travail qui s'est toujours fait « gratuitement ».

La situation est tout aussi grave chez les enfants d'âge scolaire. Quelque 360 000 enfants, ou 14,5 % des enfants entre six et douze ans, sont, avant ou après l'école, laissés à eux-mêmes ou confiés à la garde d'un frère ou d'une soeur aînés qui sont eux-mêmes mineurs. Ce chiffre est probablement inférieur au nombre réel parce que de nombreux parents hésitent à avouer qu'ils doivent laisser leurs jeunes enfants sans surveillance[22].

Il n'existe pas beaucoup de places pour les enfants d'âge scolaire dans les garderies agréées. En 1986, il n'y en avait que 44 117 dans l'ensemble du pays. Bien qu'il s'agisse là d'une augmentation considérable par rapport à 1979, alors qu'il n'y en avait que 7 000, la situation actuelle est déplorable si l'on compare le nombre de places dans les garderies agréées (44 117) au nombre estimatif d'enfants laissés à eux-mêmes (360 000)[23].

Il faut utiliser sous toute réserve les statistiques sur l'offre et la demande de places en garderie. Certaines familles n'ont pas besoin de services agréés; elles préfèrent prendre leurs propres dispositions auprès de parents, d'amis ou de voisins. D'autres familles envoient leurs enfants à la maternelle,

les inscrivent à des groupes de jeux coopératifs, à la pré-maternelle ou, dans le cas d'enfants d'âge scolaire, à des clubs.

Même si certaines familles préfèrent ne pas avoir recours aux services de garderies agréées, un bon nombre font appel à des services non structurés précisément **parce que** rien d'autre ne leur est offert dans la collectivité ou parce que ce qui existe n'est pas à la portée de leur bourse. Ce recours à des services non structurés tient en partie à une question de préférence personnelle et en partie à l'absence de solutions de rechange convenables.

Le service de garde non structuré fonctionne à merveille pour certaines familles et constitue peut-être la solution idéale pour certains enfants et parents. Par ailleurs, il y a peut-être lieu de s'inquiéter de la qualité des soins dispensés et particulièrement de la compétence de la personne qui en est responsable et de l'à-propos du « programme »[24].

Augmenter le nombre de places dans les garderies agréées serait une étape importante dans la réduction de l'écart des réalités dont les femmes sont victimes mais cela ne suffirait pas à l'éliminer. Il faut une gamme de services souples, de haute qualité, agréés et soumis à une surveillance pour répondre de façon adéquate au large éventail de besoins des femmes en matière de garde d'enfants. Rares sont les hôpitaux ou les centres communautaires qui offrent en cas d'urgence des services de garde, par exemple lorsque la personne qui assure la garde tombe malade subitement ou doit être hospitalisée. Enfin, il manque de garderies agréées pour accueillir les enfants handicapés d'âge préscolaire. Cette lacune impose un lourd fardeau aux mères, qui sont habituellement celles qui doivent demeurer à la maison et s'occuper de l'enfant sans répit.

■ Services d'aide à l'autonomie

Par services d'aide à l'autonomie on entend la gamme de services permettant aux personnes handicapées de ne pas être constamment dépendantes des institutions ou des membres de la famille. Il s'agit souvent d'habitats collectifs dotés de services de soutien favorisant l'autonomie, tels que le

counselling en matière d'emploi ou le transport. Certains de ces établissements offrent aussi de l'aide pour l'entretien ménager et les courses. L'ensemble domiciliaire Fokus pour handicapés physiques, à Winnipeg, et les foyers de groupe établis par l'association des malades mentaux à Vancouver, ont adopté ce genre d'approche[25].

La grande pénurie de programmes semblables au Canada constitue le principal écart en ce qui concerne ces services. Bien qu'on ne connaisse pas clairement l'ampleur du besoin, il existe un nombre considérable de personnes handicapées au Canada. Une étude menée en 1986 a révélé que près de 13 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus, soit 2 448 000 personnes, avouent souffrir d'un ou plusieurs handicaps[26]. Ce chiffre ne tient pas compte des personnes qui éprouvent des difficultés d'apprentissage ou qui souffrent de déficience mentale; sont également exclues les personnes résidant dans des établissements.

Le rapport classe par ailleurs les personnes handicapées dans trois catégories. Selon cette classification, 54 % d'entre elles étaient légèrement handicapées, 23 % étaient passablement handicapées et 14 % étaient gravement handicapées[27]. Quarante-six pour cent des adultes physiquement handicapés ont déclaré avoir besoin d'aide pour accomplir une ou plusieurs tâches quotidiennes, et 16 % ont déclaré avoir besoin d'aide pour certaines activités[28].

Les déficients mentaux ont eux aussi souffert de la pénurie de services de soutien. La désinstitutionnalisation s'est faite malgré l'absence de services adéquats dans les localités, où les réseaux de services favorisant l'autonomie sont insuffisants et inadéquats.

La lente évolution de ce type de services tient en partie au fait que les modalités de financement des programmes communautaires sont complexes. Bien que les établissements tirent leur financement en grande partie d'une seule source (les ministères provinciaux de la santé ou des services sociaux), les programmes offerts aux collectivités locales sont financés par diverses sources de financement (ministères provinciaux de la santé, des services sociaux, du logement et de la sécurité du revenu).

Les organismes bénévoles qui tentent de mettre sur pied des services d'aide à l'autonomie dans les localités voient souvent leurs efforts contrariés par la complexité des formules de financement. Par exemple, les ministères sont généralement peu disposés à subventionner un foyer de groupe tant qu'on n'a pas obtenu un engagement des autres ministères compétents. Par contre, ces derniers refusent de fournir des fonds tant qu'ils n'ont pas été rassurés quant à l'engagement des premiers. Ce chassé-croisé est une des principales pierres d'achoppement lorsqu'il s'agit de créer des réseaux de services communautaires.

À cause de la pénurie de services d'aide à l'autonomie, beaucoup d'adultes handicapés doivent demeurer dans leur famille, ce qui est très exigeant, sur les plans financier, physique et affectif, pour les parents qui vieillissent et se demandent s'ils seront toujours en mesure de soigner leur enfant, surtout si eux-mêmes sont malades ou meurent avant que leur enfant ait atteint l'autonomie.

Il existe actuellement très peu de programmes visant à placer des personnes atteintes de déficiences graves dans des familles d'accueil capables de leur dispenser les soins nécessaires pour accorder un répit aux parents. C'est surtout les mères qui doivent assumer cette interminable tâche car c'est généralement elles qui demeurent à la maison avec l'enfant handicapé. Elles ont très peu d'occasions de se reposer, mentalement ou physiquement.

Écarts de programme : résumé

Nous avons décrit les écarts de programme par rapport aux besoins des femmes dans trois principaux domaines : la sécurité du revenu (le Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec et l'assistance sociale), la garde d'enfants et les services d'aide à l'autonomie. Les écarts mentionnés dans ces trois domaines ne sont que des exemples. Comme nous l'avons déjà indiqué, il existe des écarts dans presque tous les services et programmes sociaux.

Écarts d'exécution

Un meilleur financement des programmes ou services comblerait un grand nombre des écarts décrits plus haut. Pourtant, beaucoup de programmes et de services qui sont déjà en place et qui bénéficient du financement nécessaire ne répondent toujours pas aux besoins des femmes. Dans ces cas-là, les problèmes se situent sur le plan de la prestation des services et l'injection de fonds supplémentaires ne les résoudra pas nécessairement. Il faut plutôt modifier le mode d'exécution de ces programmes et services pour qu'ils répondent mieux aux réalités de la vie quotidienne. Six grands types d'écarts d'exécution sont analysés ci-après.

■ **La fragmentation**

Malgré l'évolution constante des besoins humains, les programmes et services qui ont été mis sur pied pour y répondre sont conçus comme si nos vies et nos besoins étaient compartimentés. Ils tiennent peu compte du fait que le milieu où nous vivons influe considérablement sur notre santé, que les inquiétudes au sujet de la sécurité du revenu ont beaucoup d'influence sur notre santé mentale, et que les programmes de formation et de recyclage pour les femmes doivent prendre en considération nos besoins en matière de garde d'enfants.

Les services actuels ont tendance à ne se préoccuper que du besoin particulier pour lequel ils ont été mis sur pied. Or, les besoins des gens sont souvent multiples. Une mère célibataire en chômage, par exemple, peut avoir besoin d'aide pour obtenir de l'assistance sociale, trouver un emploi, dénicher un logement convenable et prendre des dispositions pour la garde de ses enfants.

Cette femme se rendra très vite compte qu'elle doit apprendre à se débrouiller. Il faudra qu'elle fasse appel aux ressources d'organismes disparates pour constituer l'ensemble des services dont elle a besoin. Et les morceaux du casse-tête ne sont pas distribués de façon à former un tout dont les divers éléments intégrés répondront aux besoins de la réalité quotidienne. Peu de

centres communautaires offrent des services dans divers domaines tels que l'aide au revenu, le logement et l'emploi. Le « comptoir unique » est quelque chose de totalement inconnu dans le domaine du bien-être social.

Nulle part ailleurs la fragmentation n'est-elle aussi évidente que dans la prestation des services de soins de santé. On traite souvent les malades comme s'ils étaient constitués de boulons, d'écrous et d'autres pièces mécaniques. La fragmentation est accentuée par le mode de financement, en vertu duquel les médecins, en particulier, sont rémunérés en fonction de chaque acte accompli sur une partie quelconque de notre anatomie. Une exception : le Québec, qui a essayé de concentrer la prestation des services sociaux et de santé dans les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Bien que les soins de santé soient accessibles à l'ensemble des Canadiens, les services eux-mêmes sont souvent inadéquats du fait qu'ils s'adressent surtout aux « victimes » (voir plus loin). Le système de soins de santé actuel ne prise pas l'enseignement ni la pratique de soins de santé préventifs. Il ne se préoccupe pas non plus adéquatement des conséquences néfastes que des facteurs tels que l'insécurité du revenu, la piètre qualité des logements et les problèmes médicaux ont sur le bien-être et la santé.

Cette fragmentation a engendré un réseau ou « labyrinthe » de programmes et de services à travers lequel les clients éventuels doivent se frayer un chemin. Le récit qui suit illustre les sentiments qu'a éprouvés une mère perdue dans ce labyrinthe; elle explique comment elle a essayé d'obtenir de l'aide pour son enfant souffrant de déficience mentale. Cette citation est extraite d'un documentaire réalisé en 1986 sur un groupe de parents d'enfants gravement handicapés, la Community Living Society de Vancouver. N'en pouvant plus de courir à droite et à gauche, d'un organisme à l'autre, ces parents ont trouvé une façon unique et efficace de s'attaquer au casse-tête. (Leur méthode est décrite plus en détail dans le chapitre intitulé « Combler l'écart ».)

> Nous avons constaté qu'on nous avait tous fait prendre différents tunnels qui nous ramenaient au point de départ. Nous téléphonions à quelqu'un qui était censé être la personne-ressource dans la région et lui disions : « Voilà

nos besoins. » Elle nous répondait : « Vous n'êtes pas au bon endroit mais adressez-vous à telle ou telle personne, empruntez tel ou tel tunnel, ou demandez à tel ou tel service, et vous obtiendrez ce qu'il vous faut. » Alors on se rend là où on nous a dit, on prend un autre tunnel, qui ne débouche encore nulle part. On nous renvoie de comptoirs en bureaux jusqu'à ce qu'on les ait tous faits ou jusqu'à ce qu'on ait pris tous les tunnels pour se retrouver seule avec son fils ou sa fille. Finalement il n'y avait personne vers qui se tourner. Je me souviens du jour où je me suis adressée à quelqu'un au ministère des Ressources humaines de la Colombie-Britannique qui était censé être la personne qui devait enfin m'indiquer comment obtenir de l'aide pour notre fils... pour me faire dire qu'elle ne pouvait rien faire. Alors je suis rentrée à la maison. Il n'y avait plus nulle part où aller... alors je suis tout simplement rentrée chez moi. Et nous vivons toutes la même chose[29]. [Traduction libre]

■ Le manque de coordination

Dans l'introduction du présent document, on a mentionné que les programmes et services sociaux et de santé sont dispensés selon une approche dite de « marché mixte ». Un marché mixte est comparable à une cuisine remplie de cuisiniers qui préparent un plat en s'inspirant de diverses recettes. Même lorsque les services relèvent d'une même direction, des problèmes de coordination peuvent surgir.

Les services sociaux et de santé, par exemple, relèvent d'abord et avant tout des provinces. Celles-ci les répartissent entre divers ministères : santé, sécurité du revenu, services sociaux, logement et emploi. Ces ministères se dotent de mesures et de programmes dans leur champ de compétence respectif.

Les programmes et mesures ne sont donc pas toujours le fruit d'une action concertée et, par conséquent, répondent mal aux besoins de la réalité quotidienne. Les programmes d'emploi et de formation, par exemple, sont souvent mis sur pied sans tenir compte du besoin de services de garde. Les programmes de soutien du revenu, comme l'assistance sociale, sont administrés indépendamment des programmes de logements sociaux. Pourtant, trouver un logement convenable à prix abordable est l'un des grands problèmes des assistés sociaux.

Une consultation interministérielle sur la famille, menée au sein de l'administration fédérale en juillet 1986, a révélé que de nombreux ministères s'étaient dotés d'un programme de promotion de la santé de la famille. On a eu tôt fait de constater qu'il n'y avait aucune coordination entre ces programmes pour éviter le double emploi ou les contradictions[30].

Les problèmes de coordination sont inévitables lorsque de nombreux organismes offrent un même service. On donne ci-dessous l'exemple d'un service de soins de santé à domicile. Il est important de signaler, cependant, que la coordination est une difficulté qui a tendance à surgir lorsqu'on tente de solutionner tous les problèmes sociaux à dimensions multiples (par exemple, femmes battues, agressions sexuelles sur des enfants, sans-abri, etc.).

Les soins de santé à domicile constituent un service qui devient de plus en plus important. Les Canadiens âgés ont appris à se faire entendre et à exprimer clairement leur désir de ne pas être placés en établissement et de mener une vie normale chez eux le plus longtemps possible.

L'évolution démographique accroîtra la demande pour ce service. Le recensement de 1986 a révélé que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada avait doublé au cours des vingt dernières années pour atteindre 2,7 millions. Cependant, seulement 9 % d'entre elles habitaient dans des maisons de retraite ou des établissements. Plus de 50 % des personnes âgées habitaient avec un conjoint ou avec des enfants célibataires et 25 % résidaient seules dans leur propre maison.

Les soins de santé à domicile se répartissent en trois catégories : les soins infirmiers, les services d'aide domestique et les services médicaux. Suivant les besoins individuels, divers autres services peuvent s'y greffer, notamment le transport, l'ergothérapie, la physiothérapie, les contacts personnels (visites amicales, aide morale par téléphone), la nutrition et la diététothérapie.

Il existe de nombreux écarts dans les services actuels. Par exemple, leur accessibilité et leur ampleur varient grandement d'une province à l'autre. Certains éléments, particulièrement les soins infirmiers et les soins médicaux,

sont plus répandus que les services de repas à domicile ou d'aide domestique, par exemple. Ces derniers ont traditionnellement été dispensés par des femmes non rémunérées : les mères, les filles ou les soeurs des malades ou des personnes âgées. Si ces services ont connu une croissance lente, c'est sans doute parce que les femmes ont toujours comblé bénévolement ces écarts.

Outre la difficulté d'accès, la coordination est souvent un problème. Les besoins de l'individu sont satisfaits grâce à un ensemble de services offerts par divers organismes. Par exemple, l'hôpital local dispense les services de physiothérapie, les Infirmières de l'Ordre de Victoria les soins infirmiers, le bureau municipal des services sociaux les services d'aide à domicile et une association bénévole locale les services de repas livrés à domicile.

Il est important de signaler que pour chaque personne qui bénéficie du service, il arrive souvent qu'un membre quelconque de la famille devienne d'office membre de l'équipe traitante de par son rôle de « gestionnaire du cas ». Comme cette personne est habituellement une femme, celle-ci finit par être responsable au premier chef de coordonner les soins dispensés à la personne malade ou âgée. Elle doit s'assurer que les différents types de soins sont dispensés au bon moment et de la bonne manière.

Cette personne sert de trait d'union entre le foyer et tous les autres organismes; elle tient les professionnels et les bénévoles au courant de tout élément nouveau important. Elle est également responsable du suivi lorsque surgissent des problèmes concernant la prestation des services.

Cependant, il arrive souvent qu'on ne tienne pas compte du gestionnaire du cas dans l'élaboration des programmes de soins de santé à domicile. Un service de relève est rarement offert aux malades ou aux personnes âgées ou encore aux femmes qui assument la plupart des responsabilités en ce qui concerne l'aide familiale, le transport et les soins. Le degré de stress que ressentent celles qui soignent une personne malade ou âgée est encore plus élevé dans le cas des femmes qui doivent aussi s'occuper de jeunes enfants et travailler pour gagner leur vie.

Les femmes qui doivent s'occuper des enfants tout en coordonnant les soins dispensés à des parents malades ou âgés sont en quelque sorte « coincées » entre deux générations. Ces femmes sont poussées à la limite de leurs possibilités sur les plans physique et psychique. Pourtant, les services traditionnels sont lents à réagir au besoin de diversification et d'amélioration des services de santé à domicile de même qu'à la nécessité d'offrir un service de relève pour accorder un repos bien mérité aux femmes qui assument la lourde responsabilité de dispenser les soins.

■ La focalisation sur les victimes

Un autre écart d'exécution réside dans le fait que les programmes et services ont généralement été conçus pour les « victimes ». Ils interviennent **après** qu'un problème a surgi ou **après** une situation d'urgence. C'est le cas notamment des services qui s'adressent expressément aux femmes battues, aux malades mentaux et aux familles démunies.

On s'est beaucoup moins préoccupé de la prévention. À preuve le problème des mauvais traitements infligés aux enfants, qui a beaucoup retenu l'attention du public. Il existe certes des mécanismes pour protéger les enfants qui ont été victimes de violence, mais les services d'aide communautaire aux parents sont inadéquats. Il n'existe aucun service de garde auquel on peut faire appel en cas d'urgence ou pour obtenir un répit; il existe peu de groupes ayant pour but d'aider les parents d'enfants d'âge préscolaire.

Nos services de santé ont surtout été conçus pour intervenir *a posteriori*. Nous consacrons des millions de dollars au traitement des personnes « déjà malades », mais les initiatives sur le plan de la prévention (par exemple, programmes communautaires de dépistage de l'hypertension ou programmes d'auto-examen des seins) sont relativement peu nombreuses. Il est possible que le document de travail du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social intitulé *La santé pour tous, plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, favorise une activité plus intense dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé[31].

Le phénomène de l'intervention d'urgence n'est nulle part plus évident que dans le domaine de la santé mentale. Les mères, en particulier, sont généralement capables de voir si un membre de la famille est trop tendu ou semble être au bord d'une « dépression nerveuse ». Les associations de santé mentale reçoivent d'innombrables appels de parents qui désirent obtenir des conseils, surtout au sujet de leurs adolescents.

Pourtant, les services de santé mentale sont conçus de façon à intervenir uniquement lorsqu'un individu est considéré comme un danger pour lui-même ou pour les autres. De cette manière, on protège les droits individuels mais on s'empêche aussi d'aider les familles dès que les signes et symptômes d'une crise imminente deviennent apparents, donc au moment où le traitement est susceptible d'être le plus efficace. Par exemple, il existe relativement peu de services destinés à aider les parents d'adolescents à prévoir ou à résoudre certaines difficultés auxquelles ils pourraient faire face.

À première vue, la focalisation sur les victimes ou le principe du dernier recours peuvent sembler moins onéreux qu'une approche préventive ou axée davantage sur le placement en établissement. En réalité, cependant, le coût d'une intervention *a posteriori* est très élevé. Dans le cas des femmes battues, par exemple, les coûts psychologiques et sociaux viennent s'ajouter aux coûts économiques.

Une étude importante sur les femmes battues a révélé que :

> . . . les femmes brutalisées en viennent à la longue à manquer d'amour-propre, à négliger leur apparence et leur santé, à se sentir souvent responsables de cette violence et affreusement coupables. De plus, elles se sentent très seules et elles peuvent avoir recours à l'alcool et aux drogues pour oublier leur douleur physique et leur peine[32].

Les femmes qui vivent constamment dans la terreur peuvent également être contraintes de recourir à la violence pour se protéger ou pour protéger leurs enfants[33].

L'étude conclut que les séquelles laissées par la violence domestique sur les enfants sont tout aussi graves. Beaucoup de ces enfants font eux-mêmes l'objet de sévices, de cruauté mentale ou d'agressions sexuelles. Il arrive souvent que les filles qui ont été témoins de la violence infligée à leur mère finissent par devenir elles-mêmes des femmes battues parce qu'elles n'ont pas suffisamment d'amour-propre et sont vulnérables à la violence. Leur expérience les amène à croire que la violence est un mode de vie, que les hommes sont autorisés à les molester et que les femmes doivent se soumettre à ces mauvais traitements. Les garçons qui grandissent dans une atmosphère de violence risquent d'éprouver des difficultés d'adaptation et de manifester des problèmes de comportement. Ils sont plus susceptibles d'être violents dans leurs propres relations à l'âge adulte[34].

Les coûts sociaux sont également très élevés; aux frais directs occasionnés par les services de protection comme la police et la protection de l'enfance s'ajoutent les frais indirects au chapitre des services médicaux, sociaux et juridiques destinés aux victimes et aux agresseurs. La société doit payer également en termes d'enfants traumatisés et d'adultes incapables de donner leur plein rendement[35].

Il va de soi que notre pays a grandement besoin de services de secours comme des centres d'hébergement pour victimes de violence familiale. Par ailleurs, un large éventail de services d'aide communautaire est nécessaire pour donner aux femmes la force intérieure et l'aide concrète dont elles peuvent avoir besoin pour faire face ou se soustraire à des situations de violence réelle ou potentielle.

■ Les « fissures » dans le système

En dépit du large éventail de services offerts par le réseau actuel de programmes sociaux et de santé, certains groupes tels que les personnes gravement handicapées, les sans-abri et les petits salariés sont souvent exclus. Certains groupes sont aux prises avec des problèmes aux dimensions multiples

qui exigent plusieurs types d'intervention; d'autres ne répondent pas aux critères d'admissibilité. Dans les deux cas, les besoins ne sont pas satisfaits.

Par exemple, les personnes ayant des besoins exceptionnels, telles que les grands déficients mentaux ou les personnes autistes, sont habituellement placées en établissement ou confiées aux familles. Elles sont souvent « rayées des listes » car il s'agit de cas trop complexes pour le réseau de services actuel.

De plus, les familles obtiennent difficilement de l'aide pour s'occuper de ces personnes. Les mères d'enfants handicapés sont particulièrement vulnérables. Non seulement elles assument la lourde tâche de leur prodiguer des soins mais elles se sentent souvent coupables ou honteuses d'avoir mis au monde un enfant gravement handicapé. Or, leurs besoins psychologiques, de même que leur besoin de répit, restent en grande partie méconnus.

Les sans-abri se trouvent eux aussi dans une situation ambiguë. Une enquête menée à l'échelle nationale par le Conseil canadien de développement social (CCDS) a révélé que, le 22 janvier 1987, 7 751 personnes (hommes, femmes et enfants) ont dormi dans un centre d'hébergement temporaire ou d'urgence[36]. Le CCDS estime que ces chiffres sont sans doute loin de refléter la réalité, étant donné que le nombre de sans-abri fluctue énormément. Au cours d'une année, il pourrait y avoir jusqu'à 100 000 sans-abri au Canada[37]. Les services et programmes actuels ne peuvent tout simplement pas répondre à leurs besoins. Ces personnes continuent d'échapper au régime d'assistance sociale de dernier recours, « filet de sécurité » qui vise expressément à venir en aide aux personnes les plus nécessiteuses du pays.

Les familles ouvrières démunies sont elles aussi victimes de certains écarts en ce qui a trait à l'aide dont elles bénéficient. Ce sont des familles dont le revenu d'emploi, tout en étant très bas, est suffisamment élevé pour les rendre inadmissibles à de nombreux programmes.

Par exemple, les subventions accordées aux familles pour la garde d'enfants sont fondées sur leur revenu net (sauf en Saskatchewan, où elles varient en fonction du revenu brut), jusqu'à concurrence d'un certain plafond.

La subvention est réduite d'un certain pourcentage pour chaque dollar gagné en sus du plafond et ce, jusqu'à ce que l'on atteigne le « seuil de non-admissibilité », niveau auquel elle cesse d'être versée.

Dans certaines provinces, cependant, le plafond est si bas que beaucoup de familles à faible revenu n'ont pas droit à la pleine subvention et reçoivent des montants infimes. En 1987, les plafonds pour une famille de quatre, soit une famille biparentale avec deux enfants, s'établissaient à 10 044 $, 13 512 $ et 15 500 $ à Terre-Neuve, en Colombie-Britannique et au Québec, respectivement[38]. Le seuil de pauvreté en 1987 pour une famille de quatre se situait à 21 414 $ à St. John's et à 22 532 $ à Vancouver et à Montréal[39].

Malgré le grand nombre de programmes de soutien prévus pour les familles et les personnes les plus démunies, les familles qui sont près du seuil de pauvreté ou les familles à revenu moyen « échappent » au filet. En 1985, l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données, on dénombrait 908 000 familles à faible revenu dont plus de la moitié (55,3 %) étaient dirigées par une personne qui était sur le marché du travail. Il y avait donc 502 000 familles ouvrières pauvres au Canada[40].

Ainsi, près de sept pour cent des familles canadiennes seraient exclues de nombreux programmes et services, leur faible revenu n'étant pas assez bas pour les rendre admissibles. Il faut souvent qu'elles soient au bord du désespoir pour que le système puisse leur venir en aide.

■ Le caractère inadéquat des services

Certains services, bien qu'accessibles et relativement bien financés, ne répondent toujours pas aux besoins des femmes, car ils ont été modelés sur les stéréotypes sexistes traditionnels qui dévalorisent le rôle des femmes dans la société.

Les services de santé mentale en sont un bon exemple. Une étude sur les attitudes des professionnels de la santé mentale oeuvrant dans diverses disciplines a révélé que les jugements portés par ces professionnels renforçaient les stéréotypes sexistes[41]. Pour ces thérapeutes, les femmes plus soumises, moins indépendantes, plus soucieuses de leur apparence et moins rationnelles que les hommes sont en bonne santé. Les critères appliqués pour déterminer qu'un adulte, peu importe son sexe, est mentalement en bonne santé correspondaient à leur description d'un **homme** en bonne santé mentale.

Beaucoup de femmes économiquement défavorisées souffrent de troubles affectifs et font appel à des organismes de santé mentale. On perçoit leurs problèmes comme étant la manifestation d'une faiblesse personnelle plutôt que comme la conséquence de conditions socio-économiques. On tente d'expliquer leur comportement à partir de leurs traits psychologiques pour ensuite leur « prescrire » de la psychothérapie et des médicaments. Il est très rare que les professionnels de la santé mentale vers lesquels elles se tournent pour obtenir de l'aide s'arrêtent vraiment à leurs conditions de vie difficiles.

Les femmes sont particulièrement vulnérables à la violence masculine. Au cours des vingt dernières années, les associations et groupements féminins ont publiquement dénoncé avec véhémence cet aspect de leur existence. De plus en plus de professionnels sont sensibilisés aux expériences vécues par les femmes à cet égard, mais il n'en demeure pas moins que, de façon générale, les professionnels de la santé mentale continuent de situer les problèmes uniquement à l'intérieur de la femme et de considérer celle-ci comme la responsable de ses propres malheurs[42].

Les femmes sont très souvent victimes d'agression sexuelle. Les études sur le viol, par exemple, révèlent qu'il n'y a pas de corrélation entre ce type d'agression et les caractéristiques de la victime. Pourtant, les victimes d'agression sexuelle qui s'adressent à des thérapeutes traditionnels pour qu'ils les aident à surmonter leur traumatisme constatent souvent qu'on leur impute le blâme. Ce n'est que lorsqu'elles se tournent vers des thérapeutes féministes qu'elles sont en mesure de voir la situation comme étant une violence sexuelle dont elles ne sont pas responsables.

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, la psychiatrie, la plus puissante branche de la santé mentale et la plus influente, est généralement dominée par des hommes. Environ 83 % des psychiatres sont des hommes[43]. Une des conséquences de cette disproportion est que le rapport de force homme-femme qui existe dans la société est reproduit dans la relation professionnel-patiente, où l'on s'attend souvent à ce que les femmes soient passives et soumises. Ainsi, ce service professionnel peut simplement aggraver les problèmes plutôt que d'aider à les solutionner.

■ Le manque de contrôle sur les services offerts

Les services demeurent souvent mal adaptés aux besoins réels parce que les personnes qui les utilisent, et même celles qui les dispensent, n'ont pas de contrôle sur leur élaboration ou sur leur exécution. Les services communautaires financés à même les deniers publics élargissent, réduisent ou modifient leur mandat en fonction des critères de financement. Ainsi, les services en viennent à mieux satisfaire les exigences des sources de financement que les besoins de leur clientèle.

Ironiquement, ce sont souvent les programmes et services financés à même le trésor public qui sont le plus réfractaires aux apports communautaires. Les décisions concernant les buts et objectifs du service, la façon de dépenser l'argent et l'administration du programme sont généralement prises par les bureaucrates qui s'occupent de l'attribution des fonds publics.

Au cours d'une réunion qui s'est tenue à Ottawa en janvier 1987, des représentantes de maisons de transition ont exprimé leur inquiétude face à l'absence de consultation du personnel des refuges au sujet de la planification à long terme et de l'élaboration des principes directeurs. Malgré le rôle essentiel que jouent ces personnes pour aider et encourager les femmes battues, on tient rarement compte de leur expérience[44]. Dans un rapport récent traitant de violence conjugale, on signale qu'il :

> . . . faudrait aussi reconnaître les compétences des animatrices des maisons de transition et de toutes les personnes qui travaillent auprès des femmes battues et de leurs enfants, et leur accorder de meilleurs salaires et de meilleures conditions de travail. Elles devraient participer aux consultations et à l'élaboration des lignes directrices[45].

Habituellement, l'absence de contrôle est une lacune qu'on constate dans les organisations vastes et complexes. Les organismes de protection de l'enfance, les collèges communautaires, les hôpitaux et les ministères se dotent de règles et de procédures complexes en vue de l'exécution de leur mandat. On tend de plus en plus à uniformiser l'application des règles et à définir des buts précis et des résultats quantifiables. Ces techniques de gestion entraînent, entre autres conséquences, une compression des services de façon à ce qu'ils cadrent avec les objectifs clairement définis de l'organisation plutôt qu'avec les besoins divers de la clientèle.

Prenons quelques exemples. Les patients ont peu d'influence quant au type de services qu'offre un hôpital; peu d'hôpitaux demandent leur avis. Il est difficile pour une étudiante de demander de modifier l'horaire des cours pour que celui-ci cadre mieux avec ses besoins en ce qui concerne la garde de ses enfants. Les assistées sociales hésiteront peut-être à demander une allocation spéciale à laquelle elles ont droit, de crainte d'être radiées de la liste des bénéficiaires si elles sont trop « exigeantes ».

Même les professionnels qui essaient de défendre les intérêts de leurs clientes peuvent voir leurs efforts contrariés par un système récalcitrant. Ils se trouvent souvent dans un dilemme, obligés de se conformer aux exigences de l'employeur tout en essayant de répondre aux besoins de la collectivité. Par exemple, une auteure décrit de la façon suivante les difficultés que peut rencontrer le personnel oeuvrant dans le domaine de la santé mentale :

> Il arrive que les travailleurs en santé mentale dans certains établissements reçoivent des directives officielles ou officieuses leur précisant que les questions de politique ne les regardent pas; que toute affiliation à un parti politique est interdite; que tout élément d'information obtenu dans le cadre du travail (et non seulement l'information concernant les clients) est confidentiel; que toute déclaration

> faite en public doit préalablement être soumise à une autorisation écrite; que tout contact avec les médias publics est exclu; que toute promotion sera compromise si l'employé est actif auprès de groupes de défense d'intérêts; et que, sur le plan interne, toute question concernant le service ne peut être abordée qu'avec le supérieur immédiat[46].

Bref, les grandes organisations bureaucratiques s'attendent à ce qu'on se conforme à certaines normes. La dissension et la remise en question des principes, des pratiques, des règles et des méthodes ne sont pas tolérées. Ces « lignes directrices du comportement » aident à minimiser les risques de conflit entre les intérêts particuliers des employés et leur responsabilité vis-à-vis du public. Par ailleurs, les contraintes qui empêchent la remise en question du statu quo éliminent toute possibilité d'amélioration des services.

Le consommateur n'exerce pas suffisamment de contrôle sur les services et ce, même au sein des organismes bénévoles dirigés et administrés par des membres de la collectivité locale. Dans beaucoup d'organismes, la question du degré de représentation des consommateurs au sein des conseils d'administration est source de tension. De nombreux groupes d'entraide ont vu le jour au cours des dernières années précisément parce que les consommateurs de divers services n'avaient pas suffisamment d'influence sur le mode de prestation de ces services.

Écarts d'exécution : résumé

En plus des écarts dans les programmes eux-mêmes, il existe des écarts d'exécution. Nous avons analysé six types d'écarts : la fragmentation, le manque de coordination, la focalisation sur les victimes, les « fissures » dans le système, les services inadéquats et le manque de contrôle sur les services. Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, cette analyse donne un aperçu passablement complet des principaux écarts d'exécution, c'est-à-dire les écarts entre les besoins des femmes et la prestation de services.

Doubles écarts

Toutes les femmes font face à des écarts de réalité. À un moment donné au cours de nos vies, nous nous rendons toutes compte que l'éventail actuel des programmes et services ne répond pas à nos besoins. On trouve des écarts dans les programmes eux-mêmes ou dans leur mise en oeuvre. Les services peuvent n'être pas appropriés ou manquer de souplesse, être insuffisants ou offrir des avantages inadéquats.

Cependant, certaines femmes sont victimes d'un « double écart ». Pour elles, l'écart des réalités est d'autant plus grave que les programmes et services actuels ne sont absolument pas adaptés à leurs besoins particuliers. Nous voulons parler ici des femmes rurales, des femmes autochtones, des immigrantes, des femmes appartenant aux minorités visibles, des femmes handicapées et des adolescentes.

■ **Femmes rurales**

L'absence totale de programmes ou services dans les régions rurales est un des principaux problèmes auxquels font face les femmes qui habitent dans ces régions. Par exemple, l'isolement et la pénurie de centres d'hébergement pour femmes battues dans les collectivités rurales et éloignées sont des lacunes reconnues[47]. En outre, le besoin de services de garde d'enfants est particulièrement aigu.

L'accès aux soins de santé est un autre problème grave pour les femmes qui vivent en milieu rural. Par exemple, dans un récent article sur les agricultrices, où l'on décrivait les services de santé dans les comtés de Huron et de Bruce en Ontario, on précisait que le comté de Huron compte un seul psychiatre et un seul organisme, le « Huron Centre for Children and Youth », pour s'occuper des besoins de santé mentale de ses 56 000 habitants[48]. Cela est très insuffisant, compte tenu du stress énorme auquel sont soumises les familles agricoles qui luttent pour leur survie économique. Les agricultrices, en particu-

lier, sont doublement angoissées parce qu'elles sont surmenées et très mal rémunérées, et portent presque seules la responsabilité de s'occuper des enfants.

Les maladies du coeur et les cancers, entre autres, sont aussi fréquents dans les régions rurales que dans les zones urbaines, mais les malades qui habitent ces régions doivent parcourir de longues distances pour se faire soigner. De plus, l'agriculteur est exposé à des risques particuliers : machines dangereuses, produits chimiques et gaz, ainsi que gros bétail. Bien que ces dangers expliquent les taux élevés d'accidents et de mortalité dans les fermes canadiennes, les services de soins et de prévention sont insignifiants comparativement aux risques.

Un groupe féminin (Concerned Farm Women) a mené une enquête sur les besoins des agricultrices du comté de Bruce. Cette enquête a révélé que ces femmes étaient parfois contrariées, dépressives et irritables et souffraient de fatigue mentale et de maux de tête à cause des pressions financières auxquelles elles étaient soumises. Les femmes qui ont consulté leur médecin se sont vu prescrire, dans 58 % des cas, des médicaments pour leur problème « émotif » et, dans 25 % des cas, à la fois des médicaments et du counselling. Seulement 17 % n'ont obtenu que du counselling. Beaucoup de femmes étaient choquées qu'on ait traité leurs problèmes à l'aide de médicaments[49].

Cette enquête a provoqué, notamment, la création d'un service de counselling, ce dont le comté de Bruce avait grandement besoin pour aider les familles à surmonter le stress de la vie agricole. On se concentre surtout sur la menace de violence qui pèse sur les femmes, souvent victimes de mauvais traitements dans les familles soumises à beaucoup de stress.

■ Femmes autochtones

À l'instar des femmes rurales, les Indiennes et les femmes inuit font face à de flagrants écarts d'exécution. Plus de la moitié de la population autochtone habite dans les régions rurales du pays mais non dans des fermes. En

1981, quatre Autochtones sur dix avaient élu domicile en zone urbaine comparativement à huit sur dix pour les Canadiens non autochtones[50]. De plus, on trouve habituellement peu d'Autochtones dans les grandes villes : seulement 24 % des Autochtones habitaient dans des villes de plus de 100 000 habitants comparativement à 52 % pour les non-Autochtones[51]. Or, les programmes et services sociaux et de santé sont tout simplement inexistants dans beaucoup de régions rurales et éloignées du pays.

Au problème d'accessibilité aux programmes et services s'ajoutent les dimensions linguistique et culturelle. Le réseau de services actuel a surtout été façonné en fonction des besoins de la famille nucléaire, de race blanche. Ils n'ont pas été conçus pour tenir compte des traditions autochtones, du rôle important des aînés dans l'éducation des enfants et de la valeur qu'on accorde à la communauté dans la culture autochtone.

Dans certains cas, l'incompatibilité entre cette culture et les services traditionnels a causé un tort irréparable aux femmes autochtones et à leur famille. Les problèmes les plus graves ont trait à la protection des enfants.

Durant les années 1960 en particulier, les services de protection de l'enfance, préoccupés de protéger les enfants indiens contre la négligence et les mauvais traitements, les ont retirés des réserves pour les confier surtout à des familles non autochtones. Par suite de la perpétration de cet « enlèvement » dans les années soixante, des milliers de familles autochtones ont été divisées et les enfants arrachés à leurs traditions et à leur culture[52].

Encore aujourd'hui, le nombre d'enfants qu'on retire des familles reste élevé. D'après les statistiques les plus récentes (1980-1981), quelque 6 000 enfants des Indiens inscrits avaient été confiés à la garde des services de protection de l'enfance. Cela représentait, cette année-là, 6 % des enfants d'Indiens inscrits âgés de moins de 16 ans, comparativement à 1 % seulement (75 000) dans le cas des enfants non autochtones du même âge[53]. Il n'existe pas de données nationales sur les enfants des Indiens non inscrits, les enfants métis et les enfants inuit.

Beaucoup de bandes indiennes et de conseils de tribu ont réagi avec colère à ce qu'ils perçoivent comme un « génocide culturel ». Ils revendiquent le contrôle de leurs propres services afin de pouvoir fournir à la famille et à l'enfant des services de protection, adaptés à leur culture. S'il y avait eu des services de soins d'urgence et de relève, le besoin de retirer les enfants à leurs parents aurait peut-être été beaucoup moins aigu.

L'accès à de tels services d'aide est particulièrement important dans les collectivités autochtones, compte tenu du taux de natalité élevé chez les femmes autochtones. En 1981, le nombre moyen d'enfants mis au monde par les femmes autochtones célibataires s'établissait à 3,8, comparativement à 2,5 chez les autres femmes[54].

Les femmes autochtones sont particulièrement vulnérables, un grand nombre d'entre elles étant des mères seules. Le recensement de 1981 a révélé que le pourcentage de familles autochtones monoparentales était presque deux fois plus élevé que celui des familles monoparentales non autochtones. Dix-sept pour cent des familles monoparentales autochtones sont dirigées par une femme comparativement à neuf pour cent pour les autres familles[55].

Les écarts dont on a fait état précédemment en ce qui touche les programmes de sécurité du revenu sont particulièrement graves chez ces mères célibataires et chez les femmes autochtones en général. Les paiements de transfert effectués par le gouvernement représentent la deuxième plus importante source de revenu pour la population autochtone[56]. L'assistance sociale, la pension de sécurité de la vieillesse et les autres prestations du genre représentent une part de leur revenu deux fois plus élevée que chez les non-Autochtones. Bref, les programmes et services actuels ne sont pas toujours accessibles ni pertinents et sont parfois insuffisants.

■ Immigrantes

Les programmes et services traditionnels ne sont pas vraiment adaptés aux besoins des immigrantes. Le fait que les services soient rarement offerts en d'autres langues qu'en français ou en anglais constitue une difficulté importante à laquelle se heurtent les immigrantes fraîchement arrivées au Canada. Par conséquent, beaucoup d'entre elles ne sont pas conscientes de l'existence de services auxquels elles sont théoriquement admissibles; lorsqu'elles le sont, la langue est souvent un obstacle.

Par exemple, beaucoup d'immigrantes auraient droit aux subventions prévues par le Régime d'assistance publique du Canada au chapitre de la garde d'enfants car leur revenu net se situe en deçà du « plafond » provincial. Or, un bon nombre d'entre elles ne les reçoivent pas du fait qu'elles n'en connaissent pas l'existence ou ne savent pas en faire la demande[57].

Il arrive que les services soient tout simplement inexistants, surtout dans le domaine de la santé mentale. Par conséquent, beaucoup d'immigrantes ont mis sur pied leurs propres services pour répondre à leurs besoins. À London en Ontario, par exemple, un groupe de Portugaises battues par leur conjoint se sont regroupées pour s'entraider. Les services traditionnels n'ont pu les secourir ni leur offrir l'aide concrète dont elles avaient besoin (conseils d'un avocat, renseignements sur l'aide financière ou le logement, etc.)[58].

Les femmes des minorités ethniques qui habitent au Canada depuis de nombreuses années ne se heurtent peut-être pas aux mêmes obstacles linguistiques, mais elles trouvent parfois que beaucoup de services ne sont pas pertinents ni adaptés à leurs besoins. Par exemple, les garderies ont souvent une optique « uniculturelle ». On n'accorde pas suffisamment d'attention à la création de milieux d'apprentissage et de loisirs conçus en fonction de divers antécédents culturels[59].

Sur un plan plus pratique, la plupart des garderies traditionnelles ne peuvent s'adapter aux horaires des immigrantes, dont beaucoup travaillent dans des usines ou dans le secteur des services. Elles doivent se présenter au travail

très tôt le matin ou travailler le soir ou les fins de semaine. Ces femmes n'ont d'autre choix que de recourir à des services non professionnels pour la garde de leurs enfants.

Du point de vue économique, une étude réalisée pour le compte de la Commission royale d'enquête sur l'égalité en matière d'emploi (la Commission Abella) signale que les immigrantes sont nettement désavantagées. « Le nombre de celles qui sont en chômage ou qui ont besoin d'assistance sociale est plus élevé que la moyenne nationale. Lorsqu'elles travaillent, elles se retrouvent surtout dans les secteurs non spécialisés, mal rémunérés et les plus vulnérables[60] ».

Leur rang inférieur sur le marché du travail les empêche de poursuivre leurs études ou d'acquérir de nouvelles compétences, car elles ne sont habituellement pas admises à participer aux programmes subventionnés par les employeurs. Elles ont rarement les moyens de payer elles-mêmes leurs cours ou d'y consacrer de leur temps à cause de leur salaire peu élevé, des exigences de leur travail et de la nécessité de prendre soin de leurs enfants.

Ces personnes, qui sont incapables de fonctionner en français ou en anglais, se voient refuser la possibilité de participer à des programmes de recyclage, de formation professionnelle ou de formation continue. La difficulté d'avoir accès à ces programmes est aggravée par l'absence de cours de langue à l'intention des immigrants; cet écart de programme constitue à long terme un obstacle structurel à l'amélioration de leur situation socio-économique.

Un autre document de référence, établi pour la Commission Abella, a révélé que même :

> . . . les travailleurs et professionnels des groupes minoritaires qui ont une bonne formation et qui sont expérimentés sont pénalisés parce que l'expérience « canadienne » leur fait défaut ou parce que les exigences sur le plan des diplômes ou certificats sont artificiellement exagérées. Ceux qui ont réussi à se ranger près de la norme estiment qu'ils sont quand même démesurément exclus des postes de haute direction, de direction et d'influence[61]. [Traduction libre]

Le 12 juin 1987, la ministre responsable de la Condition féminine et le ministre de l'Emploi et de l'Immigration ont annoncé des modifications aux programmes de Planification de l'emploi afin d'aider certaines femmes jugées « doublement désavantagées ». On est en train d'apporter des modifications aux composantes Intégration professionnelle, Développement de l'emploi et Pénuries de la main-d'oeuvre spécialisée afin de faciliter l'accès à la formation pour les immigrantes et les femmes autochtones en particulier.

■ Femmes des minorités visibles

Les femmes appartenant aux minorités visibles ont des besoins particuliers découlant de la « double discrimination » dont elles sont l'objet à cause de leur sexe, et de leur couleur ou leur race. Elles ont de la difficulté à se trouver un emploi et sont aux prises avec de graves problèmes en matière de sécurité du revenu et de qualité de logement.

En ce qui concerne la question de l'emploi, en particulier, il existe très peu de statistiques fiables sur la situation d'activité des minorités visibles, et ce pour deux raisons : l'absence de consensus sur les définitions appropriées et la grande variété de groupes raciaux et ethniques, dont certains sont au Canada depuis longtemps tandis que d'autres sont de nouveaux immigrants. Le tableau 2 montre quelle était la répartition de la population active selon le sexe et le groupe ethnique en juin 1981.

Une étude réalisée pour la Commission Abella indique qu'il est très difficile, en raison de l'absence de données nationales fiables et à jour sur l'emploi des minorités visibles, de tirer des conclusions précises au sujet de leur situation d'activité[62]. Cependant, des études menées dans certaines collectivités indiquent que les Noirs, en particulier, sont souvent relégués à l'extrémité inférieure de l'échelle professionnelle, d'où leur faible revenu[63].

TABLEAU 2. POPULATION ACTIVE EN JUIN 1981, PAR SEXE ET PAR GRANDE CATÉGORIE ETHNIQUE*

Catégories ethniques	Hommes	Femmes	Total**
		(en milliers)	
Îles britanniques	2 867	2 007	4 874
Français	1 874	1 237	3 112
Autres Européens	1 642	1 057	2 699
Indo-Pakistanais	61	39	100
Indochinois	16	10	26
Japonais	14	10	24
Coréens	6	5	11
Chinois	88	68	155
Îles du Pacifique, y compris les Philippines	20	25	45
D'origine noire	39	39	78
Autochtones	75	48	123
Amérique centrale/du Sud	5	6	10
Autres	46	23	71
Total, origine ethnique unique**	**6 755**	**4 574**	**11 329**
Total, origines ethniques multiples	**400**	**325**	**725**
Population active totale**	**7 155**	**4 899**	**12 054**

Sources : Statistique Canada. Données non publiées tirées du Recensement de 1981 (données les plus récentes fournies par Statistique Canada au moment de la rédaction).

Nota : * Membres de la population active ayant déclaré une seule origine ethnique.

** Les totaux ont été arrondis séparément et ne correspondent pas nécessairement à la somme de chaque chiffre arrondi indiqué dans les répartitions.

Une autre étude a conclu que les femmes des minorités visibles sont particulièrement désavantagées du point de vue économique[64]. On les trouve surtout dans des emplois peu rémunérateurs et peu spécialisés. Cette situation tient surtout à la discrimination à l'égard des femmes des minorités visibles en milieu de travail, laquelle a pour effet de restreindre vraiment

leurs choix sur le marché du travail de même que les occasions de promotion et d'avancement.

Pourtant, la discrimination n'est qu'un des facteurs qui contribuent à défavoriser les femmes des minorités visibles sur le marché du travail. Il manque de programmes de formation, de perfectionnement et de placement professionnels appropriés et adaptés à leur culture.

Ces femmes ont également de la difficulté à dénicher un logement convenable, surtout lorsqu'elles sont chefs de famille monoparentale. D'abord, leur faible revenu et leur emploi incertain font qu'elles peuvent très difficilement se trouver un logement convenable. Une étude menée sur les foyers dirigés par une femme a révélé que ces foyers consacrent habituellement plus de 50 % de leur revenu mensuel brut au logement[65].

Ensuite, les mères seules sont l'objet de discrimination à cause de l'attitude négative des propriétaires vis-à-vis des enfants, ce qui rend la recherche d'un logement convenable encore plus pénible[66]. En fait, les obstacles sont triplés et deviennent presque insurmontables pour la mère seule qui fait partie d'une minorité visible : faible revenu, attitude anti-famille et discrimination fondée sur la race et la couleur.

Il existe peu de services sociaux traditionnels qui répondent réellement aux besoins des femmes qui ont à faire face à ce « triple écart ». C'est pourquoi elles ont dû mettre sur pied d'autres services, tels que la Coalition pour l'appui des femmes des minorités visibles à Montréal, pour suppléer au manque de services sociaux adéquats et adaptés.

■ Femmes handicapées

Ce n'est que depuis quelques années qu'on a commencé à expliquer les problèmes des femmes handicapées. La Coalition des organismes provinciaux des handicapés (COPH) accorde aux problèmes des femmes la priorité dans l'élaboration de ses principes directeurs.

La COPH se préoccupe notamment de la grande vulnérabilité des femmes handicapées aux mauvais traitements et à l'agression sexuelle[67]. De même, le taux de chômage chez ces femmes est de 74 %; par ailleurs, le salaire de celles qui font partie de la main-d'oeuvre active correspond à 64 % de celui des autres travailleuses[68], dont les gains représentent seulement 64,5 % du salaire des hommes. Peu de services s'intéressent aux besoins des femmes handicapées sur le plan du travail, soit en les aidant à se perfectionner ou en incitant les employeurs à les embaucher.

Il y a également une grande pénurie de services d'aide à l'autonomie; il s'agit là d'un important écart de programme dont nous avons traité précédemment. En outre, divers obstacles empêchent les femmes handicapées de profiter de la plupart des programmes et services actuels. La situation s'est sensiblement améliorée depuis l'Année internationale des personnes handicapées en 1981, mais la plupart des services demeurent totalement inaccessibles. À preuve, beaucoup d'immeubles ne sont toujours pas dotés de rampes d'accès ou d'ascenseurs, et l'information destinée au public est rarement diffusée aux handicapés auditifs ou visuels.

Le problème d'accès est particulièrement aigu dans le cas des services bénévoles situés dans des immeubles privés comme des églises ou de vieilles maisons. Les organismes bénévoles fonctionnent habituellement avec des budgets serrés et disposent rarement de l'argent nécessaire pour réaménager les lieux ou se procurer de l'équipement spécial. C'est donc dire que les femmes handicapées ne profitent pas des mêmes services que les autres membres de la collectivité.

D'autres groupes d'handicapés font eux aussi face à des écarts très particuliers. Par exemple, il n'existe pratiquement pas de services de santé mentale pour les sourds. En outre, dans le domaine de la formation scolaire ou professionnelle, on néglige les besoins des adultes souffrant de troubles d'apprentissage.

Les femmes handicapées font généralement face à de multiples problèmes. Étant l'objet de discrimination en milieu de travail, elles sont souvent en chômage et ont un revenu peu élevé. Aussi, on les voit mal assumer le rôle traditionnel de mère. Bref, aucun des rôles valorisés par la société n'est jugé convenable pour une femme handicapée. Rares sont les services d'aide sociale qui ont essayé ou qui ont été en mesure de résoudre les difficultés particulières auxquelles elles sont en butte.

■ Adolescentes

Les adolescentes se voient souvent refuser des services, notamment au chapitre de la planification familiale ou du soutien du revenu, parce qu'elles sont « mineures » aux yeux de la loi. Dans la plupart des provinces, les adolescentes âgées de 16 à 18 ans relèvent de la compétence des services de protection de l'enfance. Sous prétexte qu'elles ont elles-mêmes besoin de protection, on leur refuse des services particuliers comme l'assistance sociale, la planification familiale et la contraception, le logement social ou la garde d'enfants.

L'écart dont elles sont les victimes tient en partie à la croyance générale voulant que si certains services leur étaient accessibles, elles en viendraient *ipso facto* à adopter des comportements socialement répréhensibles. Elles pourraient s'enfuir de la maison, ou se lancer à corps perdu dans la procréation. Le fait est que ces problèmes existent actuellement. Il y a des adolescentes qui commettent des fugues et qui deviennent enceintes. Cependant, les services traditionnels refusent d'admettre ces réalités ou se mettent des oeillères dans l'espoir de voir les problèmes disparaître d'eux-mêmes par enchantement.

Souvent, les adolescentes qui s'enfuient de chez elles tentent d'échapper à une situation intolérable. Elles veulent dans certains cas échapper à des comportements violents ou incestueux à leur endroit. Toutefois, les services actuels tentent de les amener à réintégrer leur famille ou leur refusent des solutions de rechange. Ces adolescentes sont généralement considérées comme les instigatrices, plutôt que comme les victimes, des troubles familiaux.

Doubles écarts : résumé

Toutes les femmes souffrent de l'écart qui existe entre, d'une part, leurs besoins et, d'autre part, les programmes et services mis sur pied pour y répondre. Cependant, certains groupes de femmes sont aux prises avec des difficultés particulières. Bien que d'autres groupes puissent être victimes d'un « double écart », les femmes rurales, les femmes autochtones, les immigrantes, les femmes des minorités visibles, les femmes handicapées et les adolescentes demeurent particulièrement vulnérables.

S'ATTAQUER AU PROBLÈME

Combler l'écart

Les associations et groupements féminins ont un rôle primordial à jouer pour combler l'écart des réalités en veillant à ce que les programmes et services deviennent plus conformes à leurs besoins. Il faut cesser d'adapter nos vies aux besoins des institutions. Il faut plutôt obliger celles-ci à être plus attentives aux réalités de notre vie quotidienne. Il faut s'employer activement à façonner et à modeler ces programmes et services plutôt que de demeurer les bénéficiaires passives et silencieuses de services peu appropriés, inadéquats ou dépourvus de souplesse.

Afin de façonner les services pour qu'ils répondent mieux à nos besoins variés, différentes mesures doivent être prises aux échelons local, provinciaux et national. Il faut exprimer nos besoins, remettre en question les mesures existantes, réformer les institutions et participer davantage à la prise de décisions.

■ Exprimer les besoins

Les associations et groupements féminins peuvent agir comme catalyseurs pour aider les femmes, quels que soient leur condition sociale, leur niveau d'instruction et leur revenu, à exprimer leurs besoins. Il est important d'exprimer nos besoins pour les légitimer. Cela nous permet aussi d'en prendre conscience et de les reconnaître comme étant réels et importants.

Les discussions de groupe et la reconnaissance des besoins sont des étapes essentielles du processus par lequel les « difficultés personnelles » deviennent des « questions d'intérêt public ». Enfin, l'expression des besoins est essentielle pour cerner les principaux écarts dans les programmes et services actuels, et capitale pour transformer un système d'aide sociale axé sur les victimes en un système plus sensible à nos besoins physiques et psychologiques.

Il existe de nombreux moyens d'inciter les collectivités locales à exprimer leurs besoins. On peut, par exemple, tenir des réunions sans caractère officiel dans les écoles, les garderies, les lieux de travail, les centres commerciaux, les églises et les synagogues, les bureaux d'assistance sociale et les salles municipales. On peut faire appel aux organismes existants, tels que les groupements féminins, les associations communautaires et les clubs philanthropiques, pour susciter ce genre de débat.

Il faut également exprimer nos besoins aux échelons provincial et national. Certains problèmes locaux peuvent avoir une envergure provinciale (par exemple, la compression des budgets des services de santé), ou nationale (par exemple, l'absence de centres d'hébergement pour femmes battues).

Une fois cernés les principaux besoins aux niveaux local, provincial et national, les organismes qui défendent les intérêts des femmes ont un rôle important à jouer pour faire inscrire ces questions au programme du gouvernement et faire en sorte qu'elles y demeurent. En fait, si les questions importantes pour les femmes sont aujourd'hui débattues sur la place publique, c'est précisément grâce au mouvement féministe.

Avant la création de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada en 1967, la population ne prêtait guère attention aux besoins des femmes. Le Rapport sur la sécurité sociale au Canada (communément appelé le « rapport Marsh ») constituait l'unique document traitant expressément des problèmes des femmes; un chapitre est consacré aux besoins des femmes en matière de sécurité sociale[69].

Le rapport de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada (1970) a fait époque, car il s'agissait du premier rapport public traitant clairement des besoins des Canadiennes dans plusieurs domaines, notamment les pensions et la garde d'enfants. La création du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme (CCCSF) découle d'une recommandation de cette Commission.

Depuis sa mise sur pied, le CCCSF a aidé à cerner les préoccupations des femmes et a été l'instigateur de programmes et services destinés à répondre à leurs besoins. Par exemple, le rapport sur les femmes battues que le Conseil a publié en 1980 représentait la première initiative au pays visant à porter cette question sur la tribune publique[70]. Depuis, le CCCSF a publié un second rapport (1987), il s'est employé à sensibiliser davantage la population à ce problème et il a exercé des pressions pour que soit mis sur pied un réseau de services (comme les maisons de transition) axés sur la protection des femmes battues et de leurs enfants.

Le Comité canadien d'action sur le statut de la femme (CCA) a été mis sur pied au début des années 1970. Il a joué le rôle d'organisme de coordination chargé de transmettre les vues des organismes membres (les associations féminines bénévoles dans l'ensemble du pays) aux ministères fédéraux responsables de l'application des recommandations de la Commission royale. Le CCA est issu du Comité pour l'égalité des femmes au Canada, groupe qui avait exercé des pressions en vue de la mise sur pied d'une commission royale. Le CCA continue de jouer un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit d'exprimer les besoins des femmes et de cerner les écarts inhérents aux programmes et services actuels en matière de pensions et de garde d'enfants.

D'autres rapports ont été publiés sur les besoins des femmes depuis la parution du célèbre document de la Commission royale. Parmi les plus importants, citons le rapport de la Commission royale d'enquête sur l'égalité en matière d'emploi[71], qui a circonscrit les besoins relatifs à l'emploi des femmes, et le rapport du Groupe d'étude sur la garde d'enfants (le rapport Cooke)[72], qui a cerné les divers besoins en matière de services de garde d'enfants de haute qualité. Les associations et groupements féminins oeuvrant aux échelons local, provincial et national ont travaillé d'arrache-pied pour faire en sorte que ces questions et d'autres, telles la pension de personne au foyer et la violence faite aux femmes, fassent l'objet d'un débat public.

Outre l'influence qu'il exerce sur le plan de la politique sociale, le mouvement féministe a aussi joué un rôle clé de conscientisation individuelle. C'est à cause de ce mouvement que beaucoup de femmes ont bon espoir de modifier leurs relations interpersonnelles. Nous sommes mieux en mesure d'exprimer nos besoins et nos attentes en ce qui concerne le rôle accru des hommes dans l'éducation des enfants, le soin des parents âgés et la gestion du foyer. Bref, il faut exprimer nos besoins sur le plan interpersonnel et face à la société.

■ Contester les mesures existantes

Les femmes doivent demeurer vigilantes. Nous devons recenser toutes les règles ou pratiques qui sont dépourvues de souplesse ou mal adaptées à nos besoins et les remettre en question.

Par exemple, la notion de l'« homme de la maison » que l'on retrouve dans plusieurs règlements provinciaux sur l'assistance sociale doit être remise en question. Elle vise les mères célibataires qui cohabitent avec un homme. Elle suppose que dès qu'une femme a une relation avec un homme, elle est économiquement dépendante de lui et celui-ci assume la responsabilité financière de ses enfants.

Ayant pris conscience de cette pratique, des groupes féminins sont passés aux actes. Ainsi, en 1984, un groupement d'Ottawa appelé « les femmes pour la justice » a déposé une plainte auprès de la Commission ontarienne des droits de la personne. Ce groupe a soutenu que le règlement d'application de la *Loi sur les prestations familiales*, du fait qu'il obligeait les femmes à dépendre financièrement des hommes et les privait d'un accès égal aux biens et services, était source de discrimination fondée sur le sexe et l'état matrimonial. La province de l'Ontario a modifié ces dispositions en novembre 1987 pour que l'évaluation des besoins ne se fasse plus en fonction de critères sexuels ou matrimoniaux, mais en fonction des obligations légales de soutien.

Il existe d'autres cas où la vigilance et la contestation portent fruit même lorsque la loi des probabilités semble contre nous. Il y a huit ans, sept Montréalaises ont décidé de poursuivre le Canadien National (CN) parce que cette société avait refusé de les embaucher comme cols bleus. Elles ont reçu l'appui d'un groupe de pression local, Action Travail des Femmes, qui aide les femmes à trouver des emplois non traditionnels. Le différend a abouti à la Cour suprême du Canada, qui a conclu que le CN s'était rendu coupable de discrimination, et a statué qu'un employé sur quatre embauchés par le CN pour accomplir des tâches de col bleu devait dorénavant être une femme.

Il est parfois nécessaire de porter devant les tribunaux certaines pratiques injustes à l'égard des femmes. Le Programme de contestation judiciaire, initiative subventionnée par le Secrétariat d'État, paie une partie des frais de procédure engagés pour certaines causes types portant sur des questions de langue et d'égalité découlant des dispositions de la Constitution du Canada. En vertu de ce programme, des subventions ont été accordées pour plusieurs causes où l'on soutient qu'un programme ou service fédéral n'est pas conforme aux besoins des femmes.

Le groupe « Single and Divorced Speak Out », qui a été mis sur pied en 1984 pour attirer l'attention sur la pauvreté des femmes âgées célibataires et divorcées, bénéficie actuellement de subventions. Cette association s'oppose, en particulier, à la disposition sur l'allocation au conjoint prévue par la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*. Cette loi prévoit des dispositions spéciales pour les

veufs et les veuves âgés de 60 à 64 ans qui sont en difficulté financière. L'allocation cesse d'être versée à 65 ans du fait que les bénéficiaires deviennent admissibles aux prestations de sécurité de la vieillesse et, s'il y a lieu, au supplément de revenu garanti.

L'association soutient que les règles d'admissibilité à l'aide financière pour les personnes qui approchent de l'âge de la retraite devraient être fondées sur le besoin financier et non pas sur l'état matrimonial. Elle maintient que toute personne sans partenaire, par suite d'un décès ou d'un divorce ou parce qu'elle n'a jamais été mariée, est « célibataire ». On ne devrait pas faire de distinction quant aux raisons qui font qu'une personne est célibataire, lorsqu'il s'agit de déterminer l'admissibilité à un programme de sécurité du revenu.

Bref, il existe un écart dans le programme actuel qui à toutes fins pratiques exclut beaucoup de femmes qui pourraient y être admissibles. Cette pratique ne répond pas aux besoins de la réalité quotidienne et elle sera contestée devant les tribunaux.

■ Réformer les institutions

La remise en cause de règles et de pratiques par des particuliers doit s'accompagner de démarches visant à inciter diverses institutions, telles que les milieux de travail, les organismes de services sociaux, les conseils scolaires et les ministères, à tenir compte des besoins des femmes.

■ *Milieux de travail*

Les femmes représentent une proportion de plus en plus importante de la main-d'oeuvre active. Pourtant, les milieux de travail ont déployé peu d'efforts pour répondre aux besoins familiaux de leurs employés (hommes et femmes). Certains employeurs accordent à l'employé des congés personnels pour lui permettre de s'acquitter de responsabilités familiales, mais il s'agit rarement de congés payés. Lorsqu'il doit conduire un enfant ou un parent chez le médecin ou participer à une activité à l'école, l'employé le fait à ses

frais. Peu d'employeurs autorisent un congé de maternité payé d'une durée plus longue que celle qui est prévue par la loi.

Le tableau 3 montre la répartition procentuelle des employeurs au Canada qui ont déclaré, dans le cadre d'une enquête nationale menée récemment, offrir un régime de travail souple à une partie ou à la totalité de leurs employés.

TABLEAU 3. EMPLOYEURS AYANT DÉCLARÉ OFFRIR UN RÉGIME DE TRAVAIL SOUPLE À UNE PARTIE OU À LA TOTALITÉ DE LEURS EMPLOYÉS*

Régime	Entreprises privées	Hôpitaux (en pourcentage)	Gouvernements et sociétés de la Couronne
Congé pour obligations familiales, avec ou sans perte de salaire	87,5	90,0	95,4
Congé pour obligations familiales, sans perte de salaire	32,7	33,9	59,0
Horaire variable	39,6	24,8	58,4
Travail à temps partiel	35,2	80,9	50,0
Travail partagé	10,1	33,6	47,7
Travail à domicile	6,9	1,3	9,3

Source : Canada, Chambre des communes, Comité spécial sur la garde des enfants, *Des obligations partagées* (Ottawa : Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1987).

Nota : * Nombre d'employeurs interrogés : 144 entreprises privées, 58 hôpitaux et 44 organismes gouvernementaux et sociétés de la Couronne.

Certains programmes intéressants mis en place au Canada pourraient servir de modèle en vue d'initiatives futures dans ce domaine. Lavalin Inc., firme internationale d'ingénierie ayant son siège social au Canada, a établi une garderie à proximité des bureaux de la société. Cette garderie est dotée d'une pouponnière agréée, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, est une « denrée rare » malgré la forte demande pour ce genre de service.

Les groupements féminins, les associations d'employés et les syndicats doivent faire part de leurs besoins aux employeurs et exercer des pressions pour qu'on les satisfasse. Cette démarche doit se faire aux échelons local, provincial et national afin que les associations de gens d'affaires, telles que les chambres de commerce, l'Association des manufacturiers canadiens, le Conseil canadien du commerce de détail, la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante et le Conseil canadien des chefs d'entreprises, soient sensibilisées aux besoins des employés.

■ *Organismes de services sociaux*

De façon générale, le fonctionnement des organismes de services sociaux est fondé sur la relation « professionnel-client » en vertu de laquelle on tient pour acquis que le professionnel connaît tout et que le client est impuissant et dépendant. Il faut sensibiliser les clients, les amener à ne pas se considérer comme des bénéficiaires impuissants mais bien comme des consommateurs informés et capables de s'exprimer. Après tout, ces organismes ne pourraient « survivre » sans clientèle.

On peut donner aux clients des organismes de services sociaux l'impulsion nécessaire en les renseignant sur leurs droits et en les conscientisant, ce que les associations et groupements féminins ont réussi à faire de façon très efficace. Cette impulsion, on peut également la leur « transmettre » en favorisant une plus grande estime de soi et en sensibilisant les femmes à leurs besoins et à leur droit de demander des services plus adéquats; en leur enseignant comment influencer les conseils d'administration, les organismes de financement et les ministères; et en les encourageant à participer directement au processus décisionnel.

Devant l'absence ou le caractère inadéquat de services habituellement offerts par les organismes traditionnels, les femmes ont dû à l'occasion se débrouiller en mettant sur pied des coopératives ou des groupes d'entraide pour répondre à leurs besoins. Les associations de parents célibataires qui se sont formées un peu partout en sont un exemple. Elles regroupent surtout des femmes qui ont besoin de services autres que ceux que peuvent offrir les organismes

traditionnels : occasions de nouer des contacts sociaux, soutien constant, aide concrète, etc.

Plusieurs mères de Summerside (Île-du-Prince-Édouard) se sont regroupées pour former un organisme appelé « Hurray for Moms », qui vise à donner aux mères un répit et à leur offrir la possibilité de partager leurs préoccupations de parents avec d'autres femmes.

À Montréal, la Coalition pour l'appui des femmes des minorités visibles se veut une tribune qui aide à cerner et à exprimer les besoins de ces femmes. De plus, la Coalition aiguille les femmes vers les programmes de formation et les services appropriés.

Dans le comté de Wellington, en Ontario, un groupe féminin a constitué un comité consultatif pour discuter des problèmes des familles rurales. Leurs premières réalisations ont été la publication d'un annuaire communautaire et l'ouverture d'un bureau de renseignements et d'orientation. Étant donné la très forte demande de services de garde d'enfants, les femmes ont établi un répertoire des services de garde à domicile et vérifié qu'aucun cas de mauvais traitements n'était signalé.

Une femme médecin rattachée au Halifax Infirmary en Nouvelle-Écosse a réussi à recruter plusieurs collègues féminines qui se relaient, à titre de spécialistes, pour examiner les femmes victimes d'agression sexuelle[73]. Ces médecins ont suivi, durant leur temps libre, une formation spéciale dans le cadre de laquelle on leur a enseigné comment examiner les victimes d'agression sexuelle, poser les diagnostics et prodiguer avec tact les soins nécessaires.

■ *Conseils scolaires*

Les conseils scolaires sont en mesure d'assumer dans la collectivité un rôle beaucoup plus vaste que celui qu'ils jouent actuellement. Ils ont accès aux ressources et aux installations permettant de satisfaire une grande partie de nos besoins. Par exemple, ils peuvent offrir aux femmes plus de cours de formation adaptés à la demande locale de main-d'oeuvre.

En outre, les conseils scolaires peuvent aider à combler l'écart dans les services de garde en facilitant la mise sur pied de garderies pour enfants d'âge scolaire. Le ministère de l'Éducation du Québec prône la création de garderies agréées dans les écoles. Il offre une subvention de démarrage non renouvelable de 3 000 $ de même que des subventions annuelles proportionnelles au nombre d'enfants[74].

Les conseils d'éducation peuvent aussi offrir un important service d'hygiène mentale aux mères et donner aux enfants d'âge préscolaire l'occasion de se faire des amis en permettant à des groupes de mères de mettre sur pied dans les écoles des haltes-accueils ou centres d'information pour les parents. Les femmes doivent unir leurs efforts pour amener les conseillers scolaires à changer d'orientation afin de permettre la création des services adaptés à leurs besoins.

■ *Les ministères*

L'élément le plus difficile à remettre en question est sans doute le ministère. Néanmoins, grâce à sa détermination, à son travail acharné et à sa ténacité, un organisme a démontré que c'est possible.

La « Community Living Society » est une initiative du « Woodlands Parent's Group », organisme créé en 1976 par des parents dont les enfants, souffrant de déficience mentale, résidaient à l'établissement de Woodlands en Colombie-Britannique. Au cours de leurs conversations, ces parents se sont rendu compte qu'ils avaient tous connu la même expérience importante. Les espoirs et les rêves qu'ils nourrissaient pour l'avenir de leurs enfants avaient été anéantis, à cause des services traditionnels qui minimisaient les aptitudes et le potentiel de leurs enfants et laissaient peu d'espoir qu'ils puissent en venir à se développer normalement.

Ces parents se sont entraidés afin de faire renaître leur rêve de voir leurs enfants comme des personnes capables de fonctionner dans la société. Ils ont vite appris, cependant, que ce rêve ne pourrait se réaliser que grâce à l'existence d'une gamme de services conçus pour répondre aux besoins de l'individu et l'entourer d'un réseau de soutien mettant l'accent sur ses points forts.

Le groupe rédigea une déclaration qui constituait en quelque sorte son credo et dont découlait naturellement un ensemble de principes axés sur l'individu. Ils contestèrent les méthodes traditionnelles de financement et insistèrent pour que les fonds publics prévus pour le financement des services soient attribués aux individus en fonction de leurs besoins et aptitudes. La « Community Living Society » fut créée pour mettre ces principes en pratique. Elle est à l'origine d'une méthode innovatrice pour aborder la prestation des services sociaux, soit un système de « courtage » en vertu duquel les « courtiers » aident les familles à trouver et à négocier les marchés de services au nom de chaque personne handicapée.

Le mode de financement conçu par cet organisme est fondé, en fait, sur la « demande » (attribution de l'argent directement aux particuliers) plutôt que sur l'« offre » (attribution de l'argent aux services). Ce modèle n'est pas sans comporter certains dangers; si l'on coupe les vivres du côté de l'offre, ce sont les services qui vont en souffrir. En l'occurrence, toutefois, les services existants étaient si peu adaptés aux besoins réels de ces individus que leurs parents n'ont eu d'autre choix que de remettre en question le système en vue de modifier en profondeur le mode de financement et de prestation des services.

■ Participer davantage au processus décisionnel

L'écart des réalités ne sera réduit que lorsque les femmes participeront davantage à la prise des décisions concernant l'affectation et l'utilisation des fonds prévus pour les programmes et services. Nous devons cesser de nous considérer comme des bénéficiaires passives, profitant des décisions que d'autres ont prises à notre endroit. Nous devons commencer à nous voir comme les vrais artisans de ces décisions. Ici encore, l'approche doit comporter de multiples facettes.

Les associations et groupements féminins doivent inciter un plus grand nombre d'entre nous à tenter de nous faire élire pour que nos intérêts soient directement représentés dans l'arène politique. Nous devons tenter d'accroître notre présence au sein des conseils consultatifs. Nous devons chercher à nous

faire élire aux conseils scolaires et aux conseils municipaux, aux assemblées législatives provinciales et au parlement fédéral. Notre participation directe est essentielle si nous voulons avoir une influence sur la façon dont les décisions sont prises.

Jusqu'ici, le processus décisionnel public a été dominé par les hommes, dont les expériences de vie sont très différentes des nôtres. Les hommes ne vivent pas les mêmes réalités que nous. Ils ne sont pas soumis aux mêmes pressions que nous. Ils n'ont pas eu à assumer un rôle économique secondaire. Ils n'ont pas eu à refouler leurs propres besoins. Les priorités qu'ils prônent dans l'arène politique en matière de financement témoignent de cette réalité différente.

Nous devons nous enquérir des endroits où se prennent les décisions. Nous devons découvrir, par exemple, qui décide de la nature des services qu'offrira un organisme local de services pour la famille. S'agit-il du conseil d'administration, du personnel professionnel ou de l'organisme qui finance? Comment influencer le bon groupe?

Il n'est peut-être pas facile pour les consommateurs d'un service d'influencer un conseil d'administration, mais cela est possible et tout à fait indiqué. On peut exercer une telle influence grâce à une participation directe — par exemple, en se faisant élire au conseil d'administration — ou à une participation indirecte — par exemple, en exposant au conseil d'un organisme particulier les diverses préoccupations au sujet des services offerts.

Outre la participation directe, nous devons influer indirectement sur la prise des décisions. Nous devons collectivement nous familiariser avec les rouages politiques et acquérir les techniques de lobbying qui nous permettront de sensibiliser à nos besoins les trois paliers de gouvernement, les commissions spéciales, les comités parlementaires ou législatifs et les organismes compétents tels que les organisations bénévoles et les groupes féminins locaux. De plus, nous devons exercer des pressions auprès des partis politiques pour qu'ils se penchent sur les préoccupations des femmes et qu'ils nous aident à remettre en question les écarts que nous découvrons.

SUPPRIMER L'ÉCART?

Peut-être existera-t-il toujours un écart des réalités? Nos besoins changent constamment. De nouveaux besoins surgissent. Il y aura sans doute toujours un décalage entre le moment où l'on exprime clairement un besoin et celui où un programme ou service approprié est mis en place pour y répondre.

Néanmoins, si nous demeurons vigilantes, si nous continuons de cerner et de définir clairement les écarts de programme ou d'exécution de même que les doubles écarts, alors nous pourrons nous employer de façon méthodique à les réduire. Il subsistera peut-être toujours un écart entre les besoins et les programmes ou services, mais il n'est pas nécessaire qu'il soit si grand. Il n'en tient qu'aux femmes de construire les ponts qui permettront de rétrécir et peut-être même d'éliminer un jour l'écart des réalités.

NOTES

1. Anita F. Heller, *La femme protectrice de la santé* (Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, mars 1986), p. 1.

2. Canada, Chambre des communes, Comité spécial sur la garde des enfants, *Des obligations partagées* (Ottawa : Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1987), p. 9.

3. Canada, Statistique Canada, *Gains des hommes et des femmes, 1986* (Ottawa : 1987), n° de catalogue 13-217.

4. *Ibid.*, p. 9.

5. Abraham Maslow, *Motivation and Personality* (New York : Harper, 1954).

6. Linda MacLeod, *Pour de vraies amours . . . Prévenir la violence conjugale* (Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1987), p. 3.

7. Harold L. Wilensky and Charles N. Lebeaux, *Industrial Society and Social Welfare* (New York : Russell Sage Foundation, 1958).

8. *Ibid.*

9. Dennis Guest, *The Emergence of Social Security in Canada* (Vancouver : University of British Columbia Press, 1980), p. 11.

10. Association canadienne pour la santé mentale, *Women and Mental Health in Canada : Strategies for Change* (Toronto: avril 1987), p. 48.

11. Conseil national du bien-être social, *Progrès de la lutte contre la pauvreté* (Ottawa : avril 1987), p. 3.

12. Canada, Santé et Bien-être social Canada, *Régime de pensions du Canada : Statistical Bulletin Statistique*, vol. 18, n° 4 (décembre 1986), Tableau 16, p. 16.

13. *Ibid.*, Tableaux 27 et 28, pp. 27-28.

14. Renseignement obtenu auprès de Santé et Bien-être social Canada.

15. Conseil national du bien-être social, *Le bien-être social au Canada : Un filet de sécurité troué* (Ottawa : novembre 1987), Tableau 5, pp. 70-76.

16. Edmonton Social Planning Council, *Surviving on Welfare — A No-Frills Flight* (Edmonton : mars 1986).

17. Conseil national du bien-être social, *Le bien-être social au Canada : Un filet de sécurité troué.*

18. *Ibid.*, Tableau 1, p. 9.

19. Canada, Santé et Bien-être social Canada, *Situation de la garde de jour au Canada* (Ottawa : 1986).

20. *Ibid.*

21. *Ibid.*

22. Canada, Chambre des communes, Comité spécial sur la garde des enfants, *Des obligations partagées*, p. 51.

23. *Ibid.*, p. 171.

24. Les préoccupations concernant les services de garde non structurés et non agréés ont été exprimées dans de nombreux mémoires présentés au Comité parlementaire sur la garde des enfants dans le cadre des audiences publiques qu'il a tenues entre avril et juin 1986.

25. Canada, Santé et Bien-être social Canada, *Independent Living : Directions for Action* (Ottawa: Canadian Organizing Committee for 1981), p. 8.

26. Canada, Secrétariat d'État, *Profil des personnes vivant avec une incapacité au Canada* (Ottawa : 1986), p. 8.

27. *Ibid.*, p. 13.

28. *Ibid.*, p. 12.

29. Traduction libre d'un extrait du film intitulé *And After Tomorrow*, qu'on peut obtenir de Santé et Bien-être social Canada.

30. L'unité de la santé, de l'enfance et de la famille, Santé et Bien-être social Canada, a organisé une consultation intragouvernementale sur la famille, à Ottawa, les 8 et 9 juillet 1986.

31. Voir également : Canada, Santé et Bien-être social Canada, *Le rapport Action Santé — Perspectives à partir de l'enquête Promotion Santé Canada* (Ottawa : avril 1987).

32. MacLeod, *Pour de vraies amours . . . Prévenir la violence conjugale*, p. 34.

33. *Ibid.*

34. *Ibid.*, p. 37.

35. *Ibid.*, p. 38.

36. MaryAnn McLaughlin, *Les sans-abri au Canada — Rapport sur l'enquête nationale* (Ottawa : Conseil canadien de développement social, 14 septembre 1987), tableau 2, p. 4.

37. *Ibid.*

38. Canada, Chambre des communes, Comité spécial sur la garde des enfants, *Des obligations partagées*, Tableau 2.6, p. 33.

39. Conseil national du bien-être social, *Les seuils de pauvreté de 1987* (Ottawa : mars 1987), Tableau 1, p. 11.

40. Renseignement obtenu auprès du Conseil national du bien-être social.

41. Association canadienne pour la santé mentale, *Women and Mental Health in Canada : Strategies for Change*, p. 49.

42. *Ibid.*, p. 62.

43. *Ibid.*, p. 66.

44. Conseil canadien de développement social, *Overview*, pp. 2-8.

45. MacLeod, *Pour de vraies amours . . . Prévenir la violence conjugale*, p. 117.

46. Jean L. Pettifor, « Rédactrice invitée : Les systèmes au service du public », *Santé mentale au Canada*, vol. 34, n^{o} 1 (mars 1986), p. 2.

47. MacLeod, *Pour de vraies amours . . . Prévenir la violence conjugale*, pp. 24-26.

48. Susan Hundertmark, « Rural Feminism », *Healthsharing* (hiver 1985), p. 14.

49. *Ibid.*, p. 16.

50. Canada, Statistique Canada, *Les autochtones au Canada* (Ottawa : 1984), p. 4.

51. *Ibid.*, p. 4.

52. Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada, *Bien-être social pour les Indiens* (Ottawa : 1982).

53. Canada, Chambre des communes, Comité spécial sur la garde des enfants, *Des obligations partagées*, p. 78.

54. Canada, Statistique Canada, *Les autochtones au Canada*, p. 7.

55. *Ibid.*, p. 25.

56. *Ibid.*, p. 22.

57. Karen R. Mock, *Les besoins des minorités culturelles en matière de garde d'enfants*, rapport préparé pour le Comité spécial de la Chambre des communes sur la garde des enfants (Ottawa : Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1986), p. 17.

58. Ce groupe a fait l'objet de discussions dans le cadre d'un atelier sur les enquêtes Promotion Santé, au 78e Congrès annuel de l'Association canadienne de santé publique qui s'est tenu à Halifax du 22 au 25 juin 1987.

59. Mock, *Les besoins des minorités culturelles en matière de garde d'enfants*.

60. Lin Buckland, « Education and Training: Equal Opportunities or Barriers to Employment? », in *Research Studies of the Commission on Equality in Employment* (Ottawa : avril 1985), p. 149.

61. D. Rhys Phillips, « Equity in the Labour Market: The Potential of Affirmative Action », in *Research Studies of the Commission on Equality in Employment* (Ottawa : avril 1985), p. 59.

62. *Ibid*., p. 59.

63. *Ibid*.

64. Buckland, « Education and Training: Equal Opportunities or Barriers to Employment? », p. 149.

65. Diane Morissette, *Le logement pour les Canadiennes : une préoccupation de tous les jours* (Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1987), p. 11.

66. *Ibid*., p. 12.

67. Coalition des organismes provinciaux pour les handicapés, *Disabled Women's Issues: A COPOH Discussion Paper* (Winnipeg : s.d.), p. 1.

68. *Ibid*.

69. Guest, *The Emergence of Social Security in Canada*, p. 116.

70. MacLeod, *Les femmes battues au Canada . . . Un cercle vicieux* (Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1980).

71. Canada, Commission d'enquête sur l'égalité en matière d'emploi, *Rapport de la Commission d'enquête sur l'égalité en matière d'emploi* (Ottawa : 1984).

72. Canada, Groupe d'étude sur la garde des enfants, *Rapport du groupe d'étude sur la garde des enfants* (Ottawa : Condition féminine Canada, 1986).

73. L'auteure a discuté avec le Dr Fionnella Crombie de sa méthode de diagnostic et de traitement des victimes d'agression sexuelle.

74. Canada, Chambre des communes, Comité spécial sur la garde des enfants, *Des obligations partagées*, p. 53.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Abzug, Bella. *Gender Gap*. Boston : Houghton Mifflin, 1984.

Armitage, Andrew. *Social Welfare in Canada : Ideals and Realities*. Toronto : McClelland and Stewart, 1975.

Association canadienne pour la santé mentale. *Women and Mental Health in Canada : Strategies for Change*. Toronto : avril 1987.

Buckland, Lin. « Education and Training : Equal Opportunities or Barriers to Employment? ». *Research Studies of the Commission on Equality in Employment*. Ottawa : avril 1985, pp. 131-156.

Canada. Affaires Indiennes et du Nord Canada. *Bien-être social pour les Indiens*. Ottawa : 1982.

Canada. Chambre des communes. Comité spécial sur la garde des enfants. *Des responsabilités partagées*. Ottawa : Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1987.

Canada. Commission d'enquête sur l'égalité en matière d'emploi. *Rapport de la Commission sur l'égalité en matière d'emploi*. Ottawa : 1984.

Canada. Santé et Bien-être social Canada. *Independent Living : Directions for Action*. Ottawa : Canadian Organizing Committee for 1981, 1981.

_____. *Le rapport Action Santé — Perspectives à partir de l'enquête Promotion Santé*. Ottawa : avril 1987.

_____. *Profiles on Home Care : Home Support Programs*. Ottawa : 1985.

_____. *Régime de pensions du Canada : Statistical Bulletin Statistique*, Vol. 18, n° 4, décembre 1986.

_____. *Situation de la garde de jour au Canada*. Ottawa : 1986.

Canada. Secrétariat d'État. *Profil des personnes vivant avec une incapacité au Canada*. Ottawa : 1986.

Canada. Statistique Canada. *Gains des hommes et des femmes*. Ottawa : 1985, n° de catalogue : 13-217.

_____. *Les autochtones au Canada*. Ottawa : 1984.

_____. *Les immigrants au Canada*. Ottawa : 1984.

Coalition des organismes provinciaux pour les handicapés, *Disabled Women's Issues : A COPOH Discussion Paper* (Winnipeg : s.d.), p. 1.

Colloque national sur les femmes et l'économie. 17 et 18 mars 1986. Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1986.

Conseil canadien de développement social. *Overview*. Vol. 4, n° 3. Ottawa : printemps/été 1987.

Conseil consultatif canadien de la situation de la femme. *Les femmes et les régimes de retraite : Gage de pauvreté*. Mémoire présenté au Groupe de travail parlementaire sur la réforme des pensions. Ottawa : mai 1983.

Conseil national du Bien-être social. *Le bien-être social au Canada : Un filet de sécurité troué*. Ottawa : novembre 1987.

_____. *Progrès de la lutte contre la pauvreté*. Édition révisée. Ottawa : avril 1987.

_____. *Seuils de pauvreté 1987*. Ottawa : mars 1987.

De Koninck, Maria; Francine Saillant; et Lise Dunningan. *Essai sur la Santé des Femmes*. Québec : Conseil du statut de la femme, 1983.

Dobell, A. Rod et S.H. Mansbridge. *The Social Policy Process in Canada*. Ottawa : Institut de recherches politiques, 1986.

Edmonton Social Planning Council. *Surviving on Welfare — A No-Frills Flight*. Edmonton : mars 1986.

Estable, Alma. *Les immigrantes au Canada : Faits actuels*. Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, mars 1986.

Goering, Paula et Joy Rogers. "Un modèle de planification en vue de la coordination des interventions". *Santé mentale au Canada*, vol. 34, n° 1, mars 1986, pp. 5-8.

Gottlieb, Naomi, éd. *Alternative Social Services for Women*. New York : Columbia University Press, 1980.

Grindstaff, Carl F. *Adolescent Marriage and Childbearing : The Long-Term Economic Outcome, Canada in the 1980's*. London : University of Western Ontario, juillet 1986.

Guest, Dennis. *The Emergence of Social Security in Canada*. Vancouver : University of British Columbia Press, 1980.

Heller, Anita F. *La femme protectrice de la santé*. Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1987.

Hewlett, Sylvia Ann. *A Lesser Life*. New York : William Morrow and Co., 1986.

Hundertmark, Susan. "Rural Feminism". *Healthsharing*, hiver 1985, pp. 14-17.

MacLeod, Linda. *Les femmes battues au Canada . . . Un cercle vicieux.* Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1980.

_____. *Pour de vraies amours . . . Prévenir la violence conjugale.* Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1987.

Maslow, Abraham. *Motivation and Personality.* New York : Harper, 1954.

Mock, Karen. *Les besoins des minorités culturelles en matière de garde d'enfants.* Mémoire préparé pour le Comité spécial sur la garde des enfants. Ottawa : Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1986.

Morissette, Diane. *Le logement pour les Canadiennes : Une préoccupation de tous les jours.* Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, mars 1987.

Pettifor, Jean L. « Rédactrice invitée : Les systèmes au service du public ». *Santé mentale au Canada.* Vol. 34, n^{o} 1, mars 1986, pp. 2-4.

Phillips, D. Rhys. « Equity in the Labour Market : The Potential of Affirmative Action ». *Research Studies of the Commission on Equality in Employment.* Ottawa : avril 1985, pp. 49-111.

Spiegel, Allen D. *Home Healthcare.* Owings Mills, Md. : National Health Publishing, 1983.

Stewart, Jane E. *Home Health Care.* St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1979.

Turner, Joanne C. et Francis J. Turner. *Canadian Social Welfare.* Don Mills : Collier Macmillan Canada, 1981.

Wilensky, Harold L. et Charles N. Lebeaux. *Industrial Society and Social Welfare.* New York : Russel Sage Foundation, 1958.

Wilson, Elizabeth. « Feminism and Social Policy ». In *Feminism and Social Policy.* Éd. Martin Loney, David Boswell, et John Clarke. Milton Keynes, England : Open University Press, 1983.